

Ministerium für Bildung, Weiterbildung,
Jugend und Kultur, Rheinland-Pfalz

Koordinierungsstelle für die Zertifizierung von
Fremdsprachenkenntnissen in der beruflichen Bildung
beim Pädagogischen Zentrum, Rheinland-Pfalz



A N M E L D U N G
zur Prüfung für das
KMK-Fremdsprachen-Zertifikat

Sprache: **Englisch**
Berufsbereich und Stufe: (Bitte Beruf bei entsprechender Stufe eintragen)

Berufsbereich	KMK-Stufe I WAYSTAGE	KMK-Stufe II THRESHOLD	KMK-Stufe III VANTAGE
Berufsbereich und evtl. Beruf, z. B. <i>kaufmännisch- verwaltend:</i>	Wird derzeit nicht angeboten		

* Bitte die zutreffenden Angaben eintragen.

Termin der schriftlichen Prüfung: _____

Termin der mündlichen Prüfung: _____

Prüfungsort/Schule: _____

Eigene Schule/Klasse: _____

Vor- und Nachname: (in Druckbuchstaben) _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort/Straße: _____

Telefon/E-Mail-Adresse: _____

Ort/Datum

(Unterschrift des Prüflings)

Ort/Datum

(Unterschrift der Schule)

Ein Rücktritt kann nur aus nicht persönlich zu vertretenden Gründen erfolgen; ein Nachweis ist erforderlich (z. B. ärztliches Attest).