

**Anmeldeformular für die Berufsmaturitätsschule BM 2****Richtung**

- Wirtschaft & Dienstleistungen, Typ Wirtschaft       Gesundheit & Soziales, Variante Soziale Arbeit  
 Wirtschaft & Dienstleistungen, Typ Dienstleistung       Gesundheit & Soziales, Variante Gesundheit  
 Technik, Architektur, Life Sciences

**Vollzeit oder berufsbegleitend**

- Vollzeit, 2 Semester  
(alle Richtungen)       Berufsbegleitend, 4 Semester  
(Dienstleistung, Gesundheit und Soziales beide Ausrichtungen)

**Ausbildungsbeginn**

Ich wünsche die BM-Ausbildung im Sommer \_\_\_\_\_ zu beginnen.

**Vorbildung**

- Ich besuche zurzeit den Kurs für erweiterte Allgemeinbildung (EA-Kurs)  
 Ich habe den EA-Kurs bereits absolviert (Abschlusszeugniskopie der Schule beilegen)  
 Ich bin in der Ausbildung Kaufmann/Kauffrau (Zeugniskopie 5. Semester beilegen)  
 Ich werde die Aufnahmeprüfung schreiben

**Personalien**

- Weiblich

- Männlich

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Wohnortkanton \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Muttersprache \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

QV-Abschluss (Jahr) \_\_\_\_\_

Falls Sie in den Kanton Bern umgezogen sind, geben Sie bitte das Umzugsdatum an: \_\_\_\_\_

**besuchte Berufsfachschule** (genaue Bezeichnung der Schule und des Schulorts)

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Anmeldeschluss** Sonntag, 15. Februar 2026

**Anmeldung an** Berufsfachschule Langenthal, Weststrasse 24, 4900 Langenthal  
oder per Mail an [bfsl@bzl.ch](mailto:bfsl@bzl.ch)

**Aufnahmeprüfung** Samstag, 7. März 2026

Nach Eingang der Anmeldung wird die Einschreibgebühr von CHF 150.00 in Rechnung gestellt. Die Gebühr dient zur Weiterverarbeitung der Anmeldung und bleibt auch im Falle einer späteren Abmeldung geschuldet.

Ein Aufgebot zur Prüfung bzw. der Entscheid über die prüfungsfreie Aufnahme wird allen angemeldeten Personen laufend oder spätestens eine Woche vor der Aufnahmeprüfung zugestellt.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_