

Anmeldung zum Besuch der Berufsschule Schuljahr 2018/2019

Zahnmedizinische/-r Fachangestellte/-r

Auszubildende/-r 1. Ausbildungsjahr <input type="checkbox"/> 2. Ausbildungsjahr <input type="checkbox"/> 3. Ausbildungsjahr <input type="checkbox"/> Praxiswechsel <input type="checkbox"/>			
Auszubildende			
Name		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland	
Nationalität	Religion	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort
Telefon		E-Mail	
Bitte ankreuzen X Heimunterbringung <input type="checkbox"/> Umschüler <input type="checkbox"/> Ausbildungsverkürzung <input type="checkbox"/>			
Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen unbedingt ausfüllen)			
Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Bezugsperson <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Heimleitung <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>			
Name		Vorname	
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort
Telefon		E-Mail	
Zuletzt besuchte allgemeinbildende Schule		Erreichter Abschluss	
<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Werkrealschule <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium		<input type="checkbox"/> ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur	
Bisher besuchte berufliche Schulen		Erreichter Abschluss	
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Berufskolleg <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsjahr <input type="checkbox"/> berufliches Gymnasium <input type="checkbox"/> Einstiegsqualifikation		<input type="checkbox"/> Berufsschulabschluss <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Ausbildungsabschluss als <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Fachschulreife	
Ausbildungspraxis/Ausbildender			
Name		Vorname	Ansprechpartner
Straße und Hausnummer		PLZ	Praxisort
Telefon	Telefax	E-Mail	
Ausbildungsbeginn gemäß Ausbildungsvertrag			
⇒ Bei Ausbildungszeitverkürzung und/oder Direkteinschulung in das 2. oder 3. Ausbildungsjahr setzen Sie sich bitte mit der Schule in Verbindung			
Schultage für die neuen Klassen Bitte kreuzen Sie Ihre Wunschkombination an. Die Belegung der Klassen erfolgt ausnahmslos nach der Reihenfolge des Eingangs der Anmeldungen. Die Schultage der laufenden Klassen ändern sich nicht. Bei Überschreiten des Teilers kann es zur Bildung einer weiteren Klasse kommen, deren Tagekombination zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht feststeht.		<input type="checkbox"/> 1ZF1 Mittwoch (lang)+ Montag (bis 13 Uhr) <input type="checkbox"/> 1ZF2 Mittwoch (lang)+ Freitag (bis 13 Uhr) <input type="checkbox"/> 1ZF3 Dienstag (lang) + Donnerstag (bis 13 Uhr)	
Einschulungstermin: Dienstag 11.09.2018 13 :30 Uhr , Ort wird spätestens im Juli über Homepage bekannt gegeben		Praxisstempel	
Unterschriften			
_____		_____	
Datum	Unterschrift Auszubildende(-r)	Unterschrift Ausbildende(-r)	