

Anmeldedatum _____

Anmeldung Berufsschule

- Medizinische Fachangestellte/
Medizinischer Fachangestellter
- Zahnmedizinische Fachangestellte/
Zahnmedizinischer Fachangestellter

Gewünschter Berufsschultag: Bitte ankreuzen

- Dienstag Donnerstag Freitag (nur für Medizinische Fachangestellte)
- Montag Dienstag Freitag (nur für Zahnmedizinische Fachangestellte)

Bewerbungsangaben

Name, Vorname
(der Schülerin / des Schülers) _____

Anschrift mit PLZ _____

E-Mail _____ Telefon _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

Umschülerin/Umschüler oder EQJ _____

Angaben zur Ausbildungspraxis

Name _____

Anschrift mit PLZ _____

E-Mail _____ Fax _____

Telefon _____ Anmeldung zum _____

Unterschrift _____
(Ausbildungspraxis)

Angaben für die Statistik

Datum der Einschulung in die Grundschule _____

Zuletzt besuchte Schule _____

Zuletzt erreichter Abschluss _____ in Klasse _____