

Anmeldung zum: \_\_\_\_\_

## Anmeldung Berufsschule

## Medizinische Fachangestellte/ Medizinischer Fachangestellter

**Gewünschter Berufsschultag:** Bitte ankreuzen

(zusätzlich im ersten Ausbildungsjahr – **Mittwoch ist fester Tag**)

Montag     Dienstag     Donnerstag     Freitag

### Bewerbungsangaben

männlich     weiblich     divers

Name, Vorname  
(der Schülerin / des Schülers) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Straße u. Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort \_\_\_\_\_

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

Umschülerin/Umschüler oder EQJ \_\_\_\_\_

### Angaben zum Ausbildungspraxis/-betrieb

Name \_\_\_\_\_

Straße u. Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

(Ausbildungspraxis/-betrieb)

(Stempel Ausbildungspraxis/-betrieb)

### Angaben für die Statistik

Datum der Einschulung in die Grundschule \_\_\_\_\_

Zuletzt besuchte Schule \_\_\_\_\_

Zuletzt erreichter Abschluss \_\_\_\_\_ in Klasse \_\_\_\_\_