

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

## Anmeldung Berufsschule

## Zahnmedizinische Fachangestellte/ Zahnmedizinischer Fachangestellter

### Gewünschter Berufsschultag: Bitte ankreuzen

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

Montag  Dienstag  Freitag

**Bewerbungsangaben** männlich  weiblich  divers

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

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

Religions- und Konfessionszugehörigkeit \_\_\_\_\_ 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 Schulform \_\_\_\_\_

Schulabschluss \_\_\_\_\_ in Klasse \_\_\_\_\_

### Bereits festgestellter Förderbedarf

Emotionale/soziale Entwicklung  GE (Geistige Entwicklung)  HÖ (Hören)  KM (Körperlich motorisch)  
 LE (Lernen)  SE (Sehen)  Sprache

Benötigen Sie/Ihr Kind sonderpädagogische Unterstützung? ja  Förderschwerpunkt: \_\_\_\_\_

Besteht ein Anspruch auf Nachteilsausgleich? ja  nein