

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 _____

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 _____

Zuletzt erreichter Abschluss _____ 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