

# Anmeldung Berufsschule Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r

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

## Ausbildungsjahr und Schultagswunsch:

1. Ausbildungsjahr    2. Ausbildungsjahr    3. Ausbildungsjahr

Montag    Dienstag/Donnerstag    Freitag

**Mittwoch ist im 1. Ausbildungsjahr ein fester Berufsschultag.**

Dienstag/Donnerstag im Wechsel der Schuljahre:  
2024/25 Dienstag | 2025/26 Donnerstag | **2026/27 Dienstag**

Umschüler/in (mit Bildungsträger)   |    Praxiswechsel

## 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 \_\_\_\_\_

## Angaben zum Ausbildungspraxis/-betrieb

Name \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in \_\_\_\_\_

Straße u. Hausnummer \_\_\_\_\_

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

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

Sie erhalten bei Aufnahme im System eine Mail von uns  
(bei Anmeldung zu Schuljahresbeginn ggf. erst zu den Sommerferien.)

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
(Ausbildungspraxis/-betrieb)

\_\_\_\_\_  
(Stempel Ausbildungspraxis/-betrieb)

## Angaben für die Statistik

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

Zuletzt besuchte Schulform \_\_\_\_\_

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

## Für die schulische Organisation

Inklusive Beschulung    Sprachförderbedarf    Körperliche Einschränkungen

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Diese Anmeldung wird vom Ausbildungsbetrieb unterschrieben und gestempelt.  
Bitte senden Sie uns die anliegende Verpflichtungserklärung und Auskunftersuchen unterschrieben mit.**

## Auskunftersuchen gem. § 31 Absatz 3 Satz 2 und 3 NSchG

Hiermit ersuche ich um die Übermittlung der personenbezogenen Daten der/des

Auszubildenden \_\_\_\_\_ (Name, Vorname) bezüglich

O der Schulbesuchszeiträume und Fehlzeiten

O der Noten

O weiteres: \_\_\_\_\_

soweit die Übermittlung zur Gewährleistung der Berufsausbildung erforderlich ist.

Gleichzeitig verpflichte ich mich, die personenbezogenen Daten, die mir die Schule übermittelt, nur für den Zweck zu verarbeiten, zu dessen Erfüllung sie übermittelt wurden.

Mir ist bewusst, dass eine Weitergabe oder Weiterverarbeitung über den jeweiligen Zweck hinaus rechtliche Konsequenzen haben kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Praxis + Stempel

---

## Verpflichtungserklärung gem. § 31 Abs. 3 Satz 3 NSchG

Name der/des Auszubildenden: \_\_\_\_\_

Empfangende Stelle (Stelle der betrieblichen oder außerbetrieblichen Berufsausbildung):

\_\_\_\_\_

Vertreten durch:

\_\_\_\_\_

Erklärung:

Hiermit verpflichte ich mich, die personenbezogenen Daten, die mir die Schule übermittelt, nur für den Zweck zu verarbeiten, zu dessen Erfüllung sie übermittelt wurden.

Mir ist bewusst, dass eine Weitergabe oder Weiterverarbeitung über den jeweiligen Zweck hinaus rechtliche Konsequenzen haben kann.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift der Praxis + Stempel