

ANMELDUNG

Schuljahr 2020/21

Anmeldung zum Berufsschulbesuch: Medizinische/r Fachangestellte/r

Auszubildende/r

Nachname				Vorbildung/Schulabschluss: <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlerer Bildungsabschluss <input type="checkbox"/> Werkrealschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> BEJ-Abschluss <input type="checkbox"/> VAB/VABO-Abschluss Bereits abgeschlossene Ausbildung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Beruf:
Vorname(n)				
Straße				
PLZ Wohnort				
Geburtsdatum	Geschlecht	m		
		w		
Geburtsort				
Geburtsland				
Telefon/Mobil				

Erziehungsberechtigte/r oder Kontaktperson

Nachname		Vorname(n)	
Straße		PLZ Wohnort	
Telefon/Mobil			

Ausbildungsbetrieb

Name Ausbildender		E-Mail	
Straße		Fax	
PLZ Wohnort		Telefon	
Ausbildungsverhältnis			
Beginn		
Ende		Datum	Unterschrift des Ausbildenden

Bitte kreuzen Sie die gewünschten Schultagekombinationen an. Geben Sie eine 1. und 2. Priorität an. Der Mittwoch kann als wöchentlicher Schultag aus schulorganisatorischen Gründen **nur einmal** ausgewählt werden.

Mögliche Schultagekombinationen:	Schultag/wöchentlich 2. Berufsschultag/14-tägig	Dienstag Freitag	Mittwoch Freitag	Mittwoch Montag	Donnerstag Montag
Die gewünschten Schultage:	1. Priorität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Priorität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir werden uns bemühen, eine angegebene Schultag-Kombination nach der bestehenden Lehrer-/Schulraum-situation zu berücksichtigen. Ein Anspruch darauf besteht nicht.