

# ANMELDUNG

## Schuljahr 2021/22

Bitte vollständig ausfüllen.

### Anmeldung zum Berufsschulbesuch: Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r

Auszubildende/r			
Nachname		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Vorname(n)		Höchster erreichter Schulabschluss	
Straße Hausnr.		Abgeschlossene Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PLZ Wohnort		Falls ja, welcher Beruf:	
Geburtsdatum		E-Mail	
Geburtsort		Telefon	
Geburtsland		Mobil	
Kontaktperson oder Erziehungsberechtigte/r			
Nachname		Straße Hausnr.	
Vorname(n)		PLZ Wohnort	
Telefon / Mobil			

Ausbildungsbetrieb			
Praxisname		E-Mail	
zuständiger Ausbilder		Telefon	
Straße Hausnr.		Fax	
PLZ Ort		Weitere Azubis im Betrieb:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausbildungsverhältnis		..... Datum                      Unterschrift des Arbeitgebers	
Beginn			
Ende			

Mögliche Schultagekombinationen:	Haupttag ( jede Woche ) Nebentag ( jede 2. Woche )	Donnerstag Dienstag	oder:	Freitag Mittwoch
Die gewünschten Schultage:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

**Die Einteilung wird in der Reihenfolge des Eingangs der Anmeldungen vorgenommen.**