

Schuljahr 2022/23

Bitte vollständig ausfüllen.



Anmeldung zum Berufsschulbesuch Kauffrau/-mann im Gesundheitswesen

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			

Schultage bei Einschulung im 1. Schuljahr:	Haupttag (jede Woche) Nebentag (jede 2. Woche)	Freitag Mittwoch
--	---	---------------------