

# Schuljahr 2025/26

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                              |   |
| Konfession                                 |  |                                    |   |
| 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 |  |                            |   |
| Beginn                |  | .....                      |   |
| Ende                  |  | Datum                      | Unterschrift des Arbeitgebers                             |

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



Standort Ravensburg & Standort Aulendorf  
 St.-Martinus-Straße 77    Graf-Erwin-Straße 1  
 88212 Ravensburg    88326 Aulendorf  
 Tel. 0751 368-201    Tel. 07525 924 06-0  
 Fax 0751 368-218    Fax 07525 924 06-18  
 info@ess-rv.de    sekretariat-au@ess-rv.de

