



Anmeldung zur Berufsschule Drogistinnen/Drogisten

Auszubildende/Auszubildender			
Name:		angestrebter/ bisher erworbener Schulabschluss:	
Vorname:		Schulform:	
Geburtsdatum:		aus Klasse:	
Geburtsort:		Entlassjahr:	
Geburtsland:		Name der Schule:	
Staatsangehörigkeit:		Straße/Nr:	
Religion		PLZ/Ort:	
Anschrift		bei minderjährigen Schülerinnen und Schüler Name und Anschrift des Erziehungsberechtigten	
Straße:		Name:	
PLZ/Ort		Straße:	
Telefon:		PLZ/Ort:	
Mobil:		Telefon:	
Ausbildungsstätte			
Name der Drogerie:		Straße/Nr:	
Name der Ausbilderin/ Name des Ausbilders: Frau/Herr		PLZ/Ort:	
Ausbildungsbeginn:		Telefon:	
Bemerkungen:			
Die Einschulung sowie die Bekanntgabe des Stundenplans erfolgt am Samstag, 1. September 2018, um 10:00 Uhr in Raum A 902			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Datum</div> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Stempel der Ausbildungsstätte</div> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Unterschrift der Ausbilderin/des Ausbilders</div> </div>			

Sollten Sie uns in Zeiten hoher Arbeitsbelastung telefonisch nicht erreichen, bitten wir Sie, uns ein Fax mit der Bitte um Rückruf zu senden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.