



Anmeldung zur Berufsschule Zahnmedizinische Fachangestellte/Zahnmedizinischer Fachangestellter

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:	
Ausbildende/r Zahnärztin/Zahnarzt			
Name:		Straße:	
		PLZ/Ort:	
		Telefon:	
Ausbildungsbeginn:		E-Mail-Adresse:	
<p>Bitte kennzeichnen Sie die präferierten Berufsschultage mit einer 1. Die Berufsschultage bleiben über den gesamten Zeitraum der Berufsausbildung bestehen. Einem Wechsel während der Mittel- und/oder Oberstufe wird nicht stattgegeben. Wir sind bemüht, Ihren Wünschen zu entsprechen, weisen aber darauf hin, dass kein Rechtsanspruch auf die Erfüllung der präferierten Berufsschultage besteht. Aus schulorganisatorischen und pädagogischen Gründen kann es zu Änderungen kommen.</p> <p>Nach der Anmeldung erhalten Sie keine gesonderte Anmeldebestätigung der Schule. Mit der Anmeldung garantieren wir jedem Auszubildenden einen Schulplatz. Die Einschulung erfolgt für alle neuen Auszubildenden am <u>Freitag, 01.02.2019, um 12:00 Uhr in Raum 107.</u></p>			
BERUFSSCHULTAGE für den Winter 2018/19			
Berufsschultage	1. Wunsch	2. Wunsch	
Montagnachmittag und Freitagvormittag			
Mittwochnachmittag und Donnerstagvormittag			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 25%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Datum</div> <div style="width: 25%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Stempel der Ausbildungsstätte</div> <div style="width: 25%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Unterschrift der Ausbilderin/des Ausbilders</div> <div style="width: 25%;"></div> </div>			