



Anmeldung zum Besuch der Berufsschule Medizinische*r Fachangestellte*r, SJ 20...../20.....

Schülerdaten

Nachname, Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort/-land				
Straße				
PLZ, Ort				
Telefon				
Konfession	ev <input type="checkbox"/>	rk <input type="checkbox"/>	isl <input type="checkbox"/>	sonstige <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit				
	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	

Erziehungsberechtigte/Bezugsperson

	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Bezugsperson
Name, Vorname			
Anschrift, Telefon			

Schullaufbahn

Abgebende Schule (Schulname, Ort)	
Schulabschluss	

Betrieb

Ausbildungsbetrieb					
Name des Ausbilders					
Straße					
PLZ, Ort					
Telefon, Fax, Mail					
Ausbildungsbeginn		Ausbildungsende		Ausbildungsverkürzung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wunschklasse* Bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> G1MF1	<input type="checkbox"/> G1MF2	<input type="checkbox"/> G1MF3	<input type="checkbox"/> G1MF4	<input type="checkbox"/> G1MF5

*Eine Berücksichtigung der Auswahl ist nur bei frühzeitiger Anmeldung und bis zu einer Maximalbelegung der Klasse möglich. Bei Ausbildungsverkürzung setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung.

Den **Schultageplan** finden Sie auf unserer **Homepage** unter www.pbs-hn.de, Abteilung Gesundheit.

Sie werden über die Klasseneinteilung informiert. Anmeldungen, die nach Beginn der Sommerferien eingehen, werden eine Woche vor Schulbeginn bearbeitet. Die Einschulung erfolgt jeweils am ersten Schultag in der ersten Schulwoche.

Unterschrift Ausbilder