



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

Schülerdaten

Nachname, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort/-land	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
Konfession	ev rk isl sonstige
Staatsangehörigkeit	
	weiblich männlich divers

Erziehungsberechtigte/Bezugsperson

	Vater	Mutter	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 ja nein	
Wunschklasse* Bitte ankreuzen	G1ZF1	G1ZF2	G1ZF3	G1ZF4	G1ZF5

*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