

Fritz-Ruoff-Schule  
Albert-Schäffle Str. 7

72622 Nürtingen

Anmeldung zum Schulbesuch					
<b>Medizinische Fachangestellte</b>					
Persönliche Angaben (Auszubildende(r))					
Familienname			Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort		Geburtsland		
Straße / Hausnummer					
Postleitzahl	Wohnort				
Telefon / Handy			E-mail		
Staatsangehörigkeit	Religion	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		Familienstand	
Eltern / Erziehungsberechtigter / Bezugsperson (auch von volljährigen Schüler/innen auszufüllen)					
Familienname <input type="checkbox"/> des Vaters, <input type="checkbox"/> der Mutter, <input type="checkbox"/> sonstige Ansprechperson				Vorname	
Postleitzahl / Wohnort		Straße / Hausnummer		Telefon / Handy	
Angaben zur zuletzt besuchten Schule					
<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> VAB / BEJ	<input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> WRS	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Sonstige	zuletzt besuchte Klasse:	Abschlussprüfung bestanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulname				Ort	
Ausbildungsbetrieb					
Name der Praxis		Ausbildender Arzt		Ansprechperson	
Postleitzahl / Ort		Straße / Hausnummer		Telefon (-Durchwahl) / Mail	
<b>Schultage 1. Lehrjahr</b> (gewünschte Kombination bitte ankreuzen):			<b>Schultage 2. Lehrjahr</b> (Lehrzeitverkürzung nach Genehmigung durch Ärztekammer)		
<b>Erstschultag:</b>		<b>Zweitschultag (14-tägig)</b>	<b>Erstschultag:</b>		<b>Zweitschultag (14-tägig)</b>
<input type="checkbox"/> Mittwoch	→	Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	→	Mittwoch
<input type="checkbox"/> Donnerstag	→	Montag	<input type="checkbox"/> Donnerstag	→	Mittwoch
<input type="checkbox"/> Freitag	→	Dienstag	<input type="checkbox"/> Freitag	→	Dienstag
Ausbildungsbeginn:					

Datum, Ort

Unterschrift Schüler/in

Stempel und Unterschrift Ausbildungsbetrieb