

Anmeldung zum Schulbesuch			
Medizinische Fachangestellte			
Persönliche Angaben (Auszubildende/-r)			
Familiename:		Vorname(n):	Geburtsname (bei Verheirateten):
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsland:	
Straße / Hausnummer:		PLZ:	Wohnort:
Telefon / Handy:		E-Mail:	
Staatsangehörigkeit:	Religion:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Familienstand:
Erziehungsberechtigte(r) / sonstige Bezugsperson			
Familiename:	Vorname:		Verhältnis zum/zur Schüler/-in:
Straße / Hausnummer:	PLZ / Wohnort:	Telefon/Handy:	E-Mail:
Höchster erreichter Schulabschluss			
Abschluss:		Schulart:	
Name und Ort der Schule:			
Ausbildungsbetrieb			
Name der Praxis:	Ausbildender Arzt:		Weitere Ansprechperson:
Straße / Hausnummer:	PLZ / Ort:		Telefon-Nummer:
E-Mail:		Fax-Nummer:	
Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 1. Lehrjahr): (gewünschte Kombination bitte ankreuzen)		Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 2. Lehrjahr): (Lehrzeitverkürzung nach Genehmigung durch Ärztekammer)	
Erstschultag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag	Zweitschultag (14-tägig) <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Dienstag	Erstschultag <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch	Zweitschultag (14-tägig) <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag
Ausbildungsbeginn:		Lehrzeitverkürzung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum, Ort	Unterschrift Schüler/in		Stempel und Unterschrift Ausbildungsbetrieb

