

Anmeldung zum Schulbesuch			
Medizinische Fachangestellte			
Persönliche Angaben (Auszubildende/-r)			
Familienname:		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			
Familienname:		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-Durchwahl
E-Mail:		Fax-Nummer:	
Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 1. Lehrjahr): <small>(gewünschte Kombination bitte ankreuzen)</small>		Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 2. Lehrjahr): <small>(Lehrzeitverkürzung nach Genehmigung durch Ärztekammer)</small>	
Erstschultag	Zweitschultag (14-tägig)	Erstschultag	Zweitschultag (14-tägig)
<input type="checkbox"/> Dienstag	→ <input type="checkbox"/> Mittwoch G1MF1	<input type="checkbox"/> Montag	→ <input type="checkbox"/> Donnerstag G2MF1
<input type="checkbox"/> Donnerstag	→ <input type="checkbox"/> Mittwoch G1MF2	<input type="checkbox"/> Dienstag	→ <input type="checkbox"/> Donnerstag G2MF2
<input type="checkbox"/> Freitag	→ <input type="checkbox"/> Dienstag G1MF3	<input type="checkbox"/> Mittwoch	→ <input type="checkbox"/> Freitag G2MF3
Ausbildungsbeginn:		Lehrzeitverkürzung: <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	
Datum, Ort	Unterschrift Schüler/in		Stempel und Unterschrift Ausbildungsbetrieb