

Anmeldung zum Schulbesuch																			
Zahnmedizinische 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 Zahnarztpraxis:	Ausbildender Zahnarzt:	Weitere Ansprechperson:																	
Straße / Hausnummer:	PLZ / Ort:	Telefon-Nummer:																	
E-Mail:		Fax-Nummer:																	
Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 1. Lehrjahr): <small>(gewünschte Kombination bitte ankreuzen)</small> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Erstschultag</td> <td style="width: 50%;">Zweitschultag (14-tägig)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dienstag</td> <td>→ <input type="checkbox"/> Donnerstag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mittwoch</td> <td>→ <input type="checkbox"/> Montag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Freitag</td> <td>→ <input type="checkbox"/> Montag</td> </tr> </table>		Erstschultag	Zweitschultag (14-tägig)	<input type="checkbox"/> Dienstag	→ <input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	→ <input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Freitag	→ <input type="checkbox"/> Montag	Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 2. Lehrjahr): <small>(Lehrzeitverkürzung nach Genehmigung durch Ärztekammer)</small> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Erstschultag</td> <td style="width: 50%;">Zweitschultag (14-tägig)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dienstag</td> <td>→ <input type="checkbox"/> Mittwoch</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Donnerstag</td> <td>→ <input type="checkbox"/> Mittwoch</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Freitag</td> <td>→ <input type="checkbox"/> Dienstag</td> </tr> </table>		Erstschultag	Zweitschultag (14-tägig)	<input type="checkbox"/> Dienstag	→ <input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	→ <input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Freitag	→ <input type="checkbox"/> Dienstag
Erstschultag	Zweitschultag (14-tägig)																		
<input type="checkbox"/> Dienstag	→ <input type="checkbox"/> Donnerstag																		
<input type="checkbox"/> Mittwoch	→ <input type="checkbox"/> Montag																		
<input type="checkbox"/> Freitag	→ <input type="checkbox"/> Montag																		
Erstschultag	Zweitschultag (14-tägig)																		
<input type="checkbox"/> Dienstag	→ <input type="checkbox"/> Mittwoch																		
<input type="checkbox"/> Donnerstag	→ <input type="checkbox"/> Mittwoch																		
<input type="checkbox"/> Freitag	→ <input type="checkbox"/> Dienstag																		
Ausbildungsbeginn:		Lehrzeitverkürzung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																	
Datum, Ort		Unterschrift Schüler/in	Stempel und Unterschrift Ausbildungsbetrieb																