

Anmeldung zum Schulbesuch			
<b>Zahnmedizinische Fachangestellte</b>			
<b>Persönliche Angaben (Auszubildende/-r)</b>			
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:
<b>Erziehungsberechtigte(r) / sonstige Bezugsperson</b>			
Familienname:		Vorname:	Verhältnis zum/zur Schüler/-in:
Straße / Hausnummer:	PLZ / Wohnort:	Telefon/Handy:	E-Mail:
<b>Höchster erreichter Schulabschluss</b>			
Abschluss:		Schulart:	
Name und Ort der Schule:			
<b>Ausbildungsbetrieb</b>			
Name der Zahnarztpraxis:	Ausbildender Zahnarzt:	Weitere Ansprechperson:	
Straße / Hausnummer:	PLZ / Ort:	Telefon-Nummer:	
E-Mail:		Fax-Nummer:	
<b>Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 1. Lehrjahr):</b> <small>(gewünschte Kombination bitte ankreuzen)</small>		<b>Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 2. Lehrjahr):</b> <small>(Lehrzeitverkürzung nach Genehmigung durch Zahnärztekammer)</small>	
<b>Erstschultag</b>	<b>Zweitschultag (14-tägig)</b>	<b>Erstschultag</b>	<b>Zweitschultag (14-tägig)</b>
<input type="checkbox"/> Dienstag	→ <input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Montag	→ <input type="checkbox"/> Donnerstag
<input type="checkbox"/> Donnerstag	→ <input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Mittwoch	→ <input type="checkbox"/> Donnerstag
<input type="checkbox"/> Freitag	→ <input type="checkbox"/> Dienstag	<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	