



Anmeldung zum Besuch der Berufsschule – Abteilung Gesundheit –

Schülerdaten

Nachname					
Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort / Land					
Straße					
PLZ/Ort					
Telefon					
1. Staatsangehörigkeit	Konfession	männlich	weiblich	ledig	verheiratet
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Aussiedlerfamilien – Übersiedlungsjahr angeben					

Erziehungsberechtigte / Bezugsperson

	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Bezugsperson
Name, Vorname			
Anschrift Telefon			

Schullaufbahn

Abgebende Schule (Schulname / Ort)	
Schulabschluss	

Beruf / Betrieb

Berufsbezeichnung			
Ausbildungsbetrieb			
Name des Ausbilders			
Straße			
PLZ Ort / Mail			
Telefon / Fax			
Ausbildungsbeginn		Ausbildungsende	Ausbildungszeitverkürzung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Für meinen / unseren betrieblichen Ablauf wären folgende Schultage gut geeignet:

Hauptschultag **Zusätzlicher Schultag**
(Diese Wünsche können nur bei Zustandekommen der Klassen berücksichtigt werden)

Bitte beachten Sie:

Persönlicher Aufnahmetermin für die Abteilung .
Gesundheit: **Montag, 23.07.12, 13.00 Uhr**

Zur Aufnahme bitte mitbringen:

Personalausweis

.....
Stempel / Unterschrift Ausbilder

WIRD VOM SEKRETARIAT AUSGEFÜLLT!

Eingabe Atlantis:				
-------------------	--	--	--	--