

Schüler-Anmeldungen Gesundheitsdienst Schuljahr 2018/2019

	Beruf/Betrieb	
Name	Beruf	
Vorname	Praxis	
Geburtsdatum	Straße	
Geburtsort	PLZ/Ort	
Geburtsland/Kreis	Tel./Fax	
Straße	Ausbilder/in	
PLZ/Ort	E-Mail Ausb.	
Telefon	Beginn	
Kreis	Ende	
Bundesland	o Vorvertrag	o Ausbildungsverkürzung
Staatsang. (max.2)		
Muttersprache (Umgangssprache i.d. Familie)	o Pflichtschüler	
	o Aussiedler	
	o Asylbewerber	
Konfession (Angaben freiwillig)	o Umschüler	
	o Behinderung	
o männlich o weiblich	Zur Berücksichtigung bei der Klasseneinteilung bitten wir um folgende Angaben: Auszubildende, die bereits die Berufsschule besuchen:	
o ledig o verheiratet o sonstiges		
Bezugsperson		
o Vater o Mutter o Ehegatte o Heim o Bezugsperson		
Name		
Vorname		
Straße		
PLZ/Ort		
Telefon/Fax		
E-Mail		
Vorbildung (Die zuletzt besuchte Schule)		
o Hauptschule		
o BEJ/VAB		
o Realschule		
o Werkrealschule		
o 2-jährige Berufsfachschule		
o Gymnasium, Klasse.....o Abitur		
Sonstige		
	Wunsch-Schultage f. neue Auszubildende	
	Klassen	1. Schultag 2. Schultag 14-tägig
	<input type="checkbox"/> G1ZF1	Dienstag Donnerstag
	<input type="checkbox"/> G1ZF2	Mittwoch Donnerstag
	<input type="checkbox"/> G1ZF3	Freitag Montag
	Datum	Praxisstempel und Unterschrift