

**Schüler-Anmeldungen Gesundheitsdienst, Schuljahr 2019-20**

		<b>Beruf/Betrieb</b>	
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	_____	◦ Vorvertrag	◦ Ausbildungsverkürzung
Staatsang. (max.2)	_____		
Muttersprache (Umgangssprache i.d Familie)	_____	◦ Pflichtschüler	
	_____	◦ Aussiedler	
Konfession (Angaben freiwillig)	_____	◦ Asylbewerber	
	_____	◦ Umschüler	
	_____	◦ Behinderung	
◦ männlich    ◦ weiblich		Zur Berücksichtigung bei der Klasseneinteilung bitten wir um folgende Angaben:	
◦ ledig        ◦ verheiratet    ◦ sonstiges		Auszubildende, die bereits die Berufsschule besuchen:	
<b>Bezugsperson</b>		.....	
◦ Vater ◦ Mutter ◦ Ehegatte ◦ Heim ◦ Bezugsperson		.....	
Name	_____	.....	
Vorname	_____		
Straße	_____		
PLZ/Ort	_____		
Telefon/Fax	_____		
E-Mail	_____		
<b>Vorbildung (Die zuletzt besuchte Schule)</b>		<b>Wunsch-Schultage f. neue Auszubildende</b>	
◦ Hauptschule		1. Schultag .....	
◦ BEJ/VAB		2. Schultag (14-tägig) .....	
◦ Realschule			
◦ Werkrealschule			
◦ 2-jährige Berufsfachschule			
◦ Gymnasium, Klasse.....◦ Abitur			
Sonstige .....			
		Datum	Praxisstempel und Unterschrift