

Bitte direkt an das Oberstufenzentrum senden!

**Anschrift OSZ:**

**Anschrift der Ausbildungs-Praxis/-Einrichtung:**

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

### Anmeldung zur Berufsschule in eine Fachklasse für Medizinische Fachangestellte

Ich/wir melde/n die/den Auszubildende/n  Umschüler/in

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

**Anschrift**

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

zur Beschulung an.

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_ Vertragsende: \_\_\_\_\_

**Bevorzugte Schultage** (nicht bei Blockbeschulung und nur, falls Wahlangebot der Berufsschule besteht):

Mo	Di	Mi	Do	Fr
----	----	----	----	----

Schultage meiner/unserer anderen Auszubildenden/Umschüler (falls zutreffend)

Name, Vorname	Ausbildungsjahr	Schultage				
		Mo	Di	Mi	Do	Fr
		Mo	Di	Mi	Do	Fr
		Mo	Di	Mi	Do	Fr

**Ausbildungspraxis**

(inkl. Praxisstempel und Telefon)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ausbildende/r Ärztin/Arzt