

Bitte direkt an das Oberstufenzentrum senden!

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