



Theodor-Heuss-Schule  
Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Gesundheit  
der Stadt Offenbach am Main  
Buchhügelallee 86, 63071 Offenbach  
Tel: (069) 8065-2435 \* Fax: (069) 8065-3192

### Anmeldung zur Berufsschule

**Ausbildungsberuf:**

#### **Persönliche Daten der/des Auszubildenden**

|                               |             |                          |                        |
|-------------------------------|-------------|--------------------------|------------------------|
| Nachname (gegeb. Geburtsname) | Vorname     | Geburtsdatum             | Geburtsort             |
| Religionszugehörigkeit        | Geburtsland | Staatsangehörigkeit      | Geschlecht<br>w m div. |
| Straße & Hausnummer           |             | E-Mail:                  |                        |
| Postleitzahl, Wohnort         |             | Telefon (Festnetz/Mobil) |                        |

#### **Bisheriger schulischer Werdegang**

|                                   |                                    |                               |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Name der zuletzt besuchten Schule | Stadt der zuletzt besuchten Schule | Datum und Art des Abschlusses |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|

#### **Daten zur Ausbildung**

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Ausbildungsvertragsbeginn                | Vorgesehene Ausbildungsdauer         |
| Name der Praxis/des Ausbildungsbetriebes | Name der Zahnärztin/des Zahnarztes   |
| Straße, Hausnummer (Ausbildungspraxis)   | Zuständige/r Ausbilder/in            |
| Postleitzahl und Ort                     | Telefon (Ausbilder)                  |
| Homepage (Praxis)                        | E-Mail des Zahnarztes/der Zahnärztin |

**Gewünschter Berufsschultag: Bitte vergeben Sie Präferenznummern wobei die Zahl 1 ihren präferierten Tag und 5 ihren am wenigsten präferierten Tag ausdrückt.**

|        |          |          |            |         |
|--------|----------|----------|------------|---------|
| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|        |          |          |            |         |

Datenschutz: Hiermit bestätigen **die/der Auszubildende und die Praxis/Zahnarztpraxis** die Datenschutzhinweise zum Anmeldeformular gemäß Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen zu haben:

ja

nein

---

Datum / Unterschrift des Ausbildungsbetriebes / Stempel  
Unterschrift / bei nicht volljährigen Schülern durch Erziehungsberechtigten