

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:	Medizinische/r Fachangestellte/r
--------------------------	-----------------------------------------

Name:	Vorname:	männl.	weibl.	divers															
PLZ:	Wohnort:																		
Straße:			Telefonnummer:																
Geb. Tag:	Geb. Ort:																		
Staatsangehörigkeit:			Religionszugehörigkeit:																
Name und Anschrift des Erziehungsberechtigten:																			
Zuletzt besuchte Schule / aus Klasse / Abschluss:																			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%;">HSA</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>MR</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Fachabitur/Abitur</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sonstiges</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Klasse _____</td> <td></td> </tr> </table>						HSA	<input type="checkbox"/>		MR	<input type="checkbox"/>		Fachabitur/Abitur	<input type="checkbox"/>		Sonstiges	<input type="checkbox"/>		Klasse _____	
	HSA	<input type="checkbox"/>																	
	MR	<input type="checkbox"/>																	
	Fachabitur/Abitur	<input type="checkbox"/>																	
	Sonstiges	<input type="checkbox"/>																	
	Klasse _____																		
Ausbildungsbetrieb: Name - Anschrift – Telefonnummer:																			
Telefonnummer:																			
E-Mail des Ausbilders/Ausbilderin:																			
Ausbildungszeit von / bis:																			

Falls Sie mehrere Auszubildende anmelden,
sollen diese in dieselbe Klasse
sollen diese in unterschiedliche Klassen