

Anmeldung zur Berufsschule

Ausbildungsberuf:

Persönliche Daten der/des Auszubildenden

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

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

Bisheriger schulischer Werdegang

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

Daten zur Ausbildung

Ausbildungsvertragsbeginn	Vorgesehene Ausbildungsdauer
Name der Praxis/des Ausbildungsbetriebes	Bei med. Berufen: Name des (Zahn-) Arztes/ der (Zahn-) Ärztin
Straße, Hausnummer (Ausbildungspraxis)	Alle anderen Berufe: Name des/r Ausbilder/in:
Postleitzahl und Ort	Telefon (Ausbilder)
Homepage (Betrieb/ (Zahnarzt-)Praxis)	E-Mail der/s Zuständigen:

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/der Betrieb** die Datenschutzhinweise (gem. Homepage) zum Anmeldeformular gemäß Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen zu haben:
ja nein

Für **Personaldienstleistungskaufleute** bitte gewünschte Beschulung angeben:

Teilzeit (2 Berufsschultage/Woche) **Blockform** (eine bzw. mehrere Wochen am Stück)