

für Naturwissenschaften | Gesundheit | Pflege | Hauswirtschaft | Soziales

Schuljahr 2025/2026

Approach to the second											
Anmeldung zum Schulbesuch											
Medizinische Fachangestellte											
Persönliche Angaben (Auszubildende/-r)											
Familienname:	Vor	Vorname(n):				Geburts			sname (bei Verheirateten):		
Geburtsdatum:	Gebu	Geburtsort:				Geburtsland:					
Straße / Hausnummer:	PLZ:			Wohnort:							
Telefon / Handy:		E-Mail:			•						
Staatsangehörigkeit:	Religi	Religion:			Ges	schlech M	nt:	F	Familienstand:		
Erziehungsberechtige(r) / sonstige Bezugsperson											
Familienname: Vorname:				Verhä			ältnis zum/zur Schüler/-in:				
Straße / Hausnummer:	PLZ / W	PLZ / Wohnort:				n/Hand	dy:	E-Mail:			
Höchster erreichter Schulabschluss											
Abschluss:					Schulart:						
Name und Ort der Schule:											
Ausbildungsbetrieb											
Name der Praxis: Ausbildender A			ender Arzt	t:			Wei	Weitere Ansprechperson:			
Straße / Hausnummer:	PLZ / Ort:				Telefon-Nummer:						
E-Mail:				Fax-Nummer:							
Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 1. Lehrjahr): (gewünschte Kombination bitte ankreuzen)				Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 2. Lehrjahr): (Lehrzeitverkürzung nach Genehmigung durch Ärztekammer)							
Erstschultag Zweitschultag (14-tägig)				Erstschultag Zweitschultag (14-tägig)							
☐ Mittwoch → Montag G1MF1				☐ Dienstag → Mittwoch G2MF1						G2MF1	
☐ Donnerstag → Montag G1MF2			LMF2		☐ Donnerstag → Mittwoch G2MF2					G2MF2	
☐ Freitag ☐ Dienstag ☐ G1MF3				☐ Freitag —→ Dienstag G2MF3							
Ausbildungsbeginn:				Lehrzeitverkürzung: □ ja □ nein							
Datum, Ort	Unte	Unterschrift Schüler/in				Stempel und Unterschrift Ausbildungsbetrieb					



fritz ruoff ▲ *schule* Albert-Schäffle-Str. 7 72622 Nürtingen

Telefon: 07022-93292-0 Fax: 07022-93292-119 E-Mail: info@frs-nt.de www.fritz-ruoff-schule.de

