

| Anmeldung zum Schulbesuch | | | |
|---|--|--|--|
| Zahnmedizinische Fachangestellte | | | |
| Persönliche Angaben (Auszubildende/-r) | | | |
| Familienname: | | Vorname(n): | Geburtsname (bei Verheirateten): |
| Geburtsdatum: | Geburtsort: | Geburtsland: | |
| Straße / Hausnummer: | | PLZ: | Wohnort: |
| Telefon / Handy: | | E-Mail: | |
| Staatsangehörigkeit: | Religion: | Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W | Familienstand: |
| Erziehungsberechtigte(r) / sonstige Bezugsperson | | | |
| Familienname: | | Vorname: | Verhältnis zum/zur Schüler/-in: |
| Straße / Hausnummer: | PLZ / Wohnort: | Telefon/Handy: | E-Mail: |
| Höchster erreichter Schulabschluss | | | |
| Abschluss: | | Schulart: | |
| Name und Ort der Schule: | | | |
| Ausbildungsbetrieb | | | |
| Name der Zahnarztpraxis: | Ausbildender Zahnarzt: | Weitere Ansprechperson: | |
| Straße / Hausnummer: | PLZ / Ort: | Telefon-Nummer: | |
| E-Mail: | | Fax-Nummer: | |
| Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 1. Lehrjahr): <small>(gewünschte Kombination bitte ankreuzen)</small> | | Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 2. Lehrjahr): <small>(Lehrzeitverkürzung nach Genehmigung durch Zahnärztekammer)</small> | |
| Erstschultag | Zweitschultag (14-tägig) | Erstschultag | Zweitschultag (14-tägig) |
| <input type="checkbox"/> Dienstag | → <input type="checkbox"/> Mittwoch G1ZF1 | <input type="checkbox"/> Montag | → <input type="checkbox"/> Donnerstag G2ZF1 |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag | → <input type="checkbox"/> Mittwoch G1ZF2 | <input type="checkbox"/> Mittwoch | → <input type="checkbox"/> Donnerstag G2ZF2 |
| <input type="checkbox"/> Freitag | → <input type="checkbox"/> Dienstag G1ZF3 | <input type="checkbox"/> Freitag | → <input type="checkbox"/> Dienstag G2ZF3 |
| Ausbildungsbeginn: | | Lehrzeitverkürzung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Datum, Ort | Unterschrift Schüler/in | Stempel und Unterschrift Ausbildungsbetrieb | |