

Anmeldung zum Besuch der Berufsschule  
**Tiermedizinische/r Fachangestellte/r**  
 Schuljahr 2018/2019



Hedwig-Dohm-Str. 1  
 70191 Stuttgart  
 Telefon: 0711 21655200  
 Telefax: 0711 21655280  
 E-Mail: info@flemingschule.de  
 www.flemingschule.de

Auszubildende/er  1. Ausbildungsjahr  2. Ausbildungsjahr  3. Ausbildungsjahr  Praxiswechsel

**Auszubildende/r**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_ Geschlecht  w  m

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen X  Heimunterbringung  Umschüler  Ausbildungsverkürzung

**Gesetzlicher Vertreter / Partner**  Vater  Mutter  Eltern  Bezugsperson  Ehegatte  Heimleitung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

<b>Zuletzt besuchte <i>allgemeinbildende</i> Schule</b>	<b>Erreichter Abschluss</b>
<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Werkrealschule <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur
<b>Bisher besuchte <i>berufliche</i> Schulen</b>	<b>Erreichter Abschluss</b>
<input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Berufsfachschule einjährig <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) <input type="checkbox"/> Berufsfachschule zweijährig <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsjahr (BEJ oder VAB) <input type="checkbox"/> Berufskolleg einjährig <input type="checkbox"/> Berufseinstiegsjahr (BEJ) <input type="checkbox"/> Berufskolleg zweijährig <input type="checkbox"/> Einstiegsqualifikation (EQJ)	<input type="checkbox"/> Berufsschulabschluss <input type="checkbox"/> Ausbildungsabschluss als _____ <input type="checkbox"/> Fachschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Sonstiger Abschluss: _____

**Ausbildungspraxis / Ausbildender**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Praxisort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ausbildungsbeginn gem. Berufsausbildungsvertrag \_\_\_\_\_

⇒ Bei Ausbildungszeitverkürzung oder Dirkekteinschulung in das 2. oder 3. Ausbildungsjahr setzen Sie sich wegen der Schultagskombination bitte mit der Schule in Verbindung.

**Schultage für die neuen Klassen**  
 Die Schultage der laufenden Klassen der dann 2. und 3. Jahrgangsstufe ändern sich nicht.  G1TF1 + G1TF2 + G1TF3: Donnerstag + Freitag 14-tägig

⇒ Einschulungstermin: **Donnerstag, 13.09.2018, 10:30 Uhr, Raum ZB. 0.09** Praxisstempel

Unterschrift des Ausbildenden oder Ausbildungsbeauftragten \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die Daten für schulinterne Zwecke digital gespeichert werden. Sie sind auf der Grundlage der Datenschutzgesetze des Bundes und der Länder und der Richtlinien der Landeshauptstadt Stuttgart geschützt.