

## Formular Winterklasse Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r

(Bitte online ausfüllen und per Mail / Fax an eine der oben aufgeführten Adressen zurücksenden!)

### I. Schüler/in

|                      |                      |                |   |
|----------------------|----------------------|----------------|---|
| Name:                | <input type="text"/> | Vorname:       | <input type="text"/>  |
| Geburtsdatum:        | <input type="text"/> | Geschlecht:    | männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> |
| Straße:              | <input type="text"/> | PLZ / Wohnort: | <input type="text"/>  |
| Telefon:             | <input type="text"/> | Mobil:         | <input type="text"/>  |
| E-Mail:              | <input type="text"/> | Geburtsort:    | <input type="text"/>  |
| Staatsangehörigkeit: | <input type="text"/> | Konfession:    | <input type="text"/>  |

### Migrationshintergrund

|              |                      |                         |                      |
|--------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| Geburtsland: | <input type="text"/> | Sprache in der Familie: | <input type="text"/> |
| Zuzugsjahr:  | <input type="text"/> | Geburtsland der Mutter: | <input type="text"/> |
|              |                      | Geburtsland des Vaters: | <input type="text"/> |

### II. Erziehungsberechtigte/r / Vormund (nur bei minderjährigen Schülerinnen und Schülern)

(zum Zeitpunkt des Eintritts in die Berufsschule)

|                    |                      |          |                      |
|--------------------|----------------------|----------|----------------------|
| Name, Vorname(n):  | <input type="text"/> |          |                      |
| Straße, PLZ / Ort: | <input type="text"/> | Telefon: | <input type="text"/> |
| Mobil:             | <input type="text"/> | E-Mail:  | <input type="text"/> |

### III. Ausbildungsbetrieb

|                    |                      |                   |                      |
|--------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Praxis:            | <input type="text"/> |                   |                      |
| Straße, PLZ / Ort: | <input type="text"/> |                   |                      |
| Telefon:           | <input type="text"/> | Fax:              | <input type="text"/> |
| E-Mail:            | <input type="text"/> |                   |                      |
| Ausbildungsbeginn: | <input type="text"/> | Ausbildungsdauer: | <input type="text"/> |

### IV. Schulische Vorbildung

Zuletzt besuchte Schule:   
(Name, Ort, Abschluss)

|                   |   |   |  |   |  |
|-------------------|---|---|--|---|--|
| <b>Schulform:</b> | Hauptschule <input type="checkbox"/>    | Gymnasium <input type="checkbox"/>            | <b>Berufskolleg:</b>                             |   |  |
|                   | Realschule <input type="checkbox"/>     | Förderschule <input type="checkbox"/>         | Berufsfachschule <input type="checkbox"/>        | Gymnasiale Oberstufe <input type="checkbox"/> |  |
|                   | Sekundarschule <input type="checkbox"/> | Weiterbildungskolleg <input type="checkbox"/> | Höhere Berufsfachschule <input type="checkbox"/> | Ausbildungsberuf <input type="checkbox"/>     |  |
|                   | Gesamtschule <input type="checkbox"/>   | Sonstige <input type="checkbox"/>             | Fachoberschule <input type="checkbox"/>          | Sonstige <input type="checkbox"/>             |  |

|                        |   |  |  |   |
|------------------------|---|--|--|---|
| <b>Schulabschluss:</b> | Hauptschulabschluss Kl. 9 <input type="checkbox"/>  | FOS-Reife ohne Quali. <input type="checkbox"/> | Fachhochschulreife -schulischer Teil- <input type="checkbox"/> | Allg. Hochschulreife <input type="checkbox"/> |
|                        | Hauptschulabschluss Kl. 10 <input type="checkbox"/> | FOS-Reife mit Quali. <input type="checkbox"/>  | Fachhochschulreife <input type="checkbox"/>                    | Sonstige <input type="checkbox"/>             |

Es gibt Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen), die besondere Unterstützung erforderlich machen:

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| Soziale/emotionale Entwicklung <input type="checkbox"/>     | Hören/Kommunikation <input type="checkbox"/>                     | Sehen <input type="checkbox"/> |
| Körperliche/motorische Entwicklung <input type="checkbox"/> | Räumliche Barrierefreiheit erforderlich <input type="checkbox"/> |                                |

### V. Voraussichtliche Unterrichtstage im Schuljahr 2019/2020:

Dienstagvormittag und Mittwochnachmittag

In der Winterklasse werden Auszubildende zusammengefasst, die zwischen dem 01. Oktober 2019 und dem 31. März 2020 eingestellt werden. Die Einschulung der Winterklasse erfolgt im Schuljahr 2019/2020 am Mittwoch, den 05. Februar 2020 um 15:00 Uhr, in Raum A0-03 (Aula).

Bonn,

Unterschrift / Stempel d. Ausbildungsbetriebes