

## Formular Winterklasse Medizinische/r Fachangestellte/r

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

### I. Schülerin / Schüler

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

### Migrationshintergrund

|              |  |                         |  |
|--------------|--|-------------------------|--|
| Geburtsland: |  | Sprache in der Familie: |  |
| Zuzugsjahr:  |  | Geburtsland der Mutter: |  |
|              |  | Geburtsland des Vaters: |  |

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

(zum Zeitpunkt des Eintritts in die Berufsschule)

|                    |  |          |  |
|--------------------|--|----------|--|
| Name, Vorname(n):  |  |          |  |
| Straße, PLZ / Ort: |  | Telefon: |  |
| Mobil:             |  | E-Mail:  |  |

### III. Ausbildungsbetrieb

|                    |  |                   |  |
|--------------------|--|-------------------|--|
| Praxis:            |  |                   |  |
| Straße, PLZ / Ort: |  |                   |  |
| Telefon:           |  | Kontaktperson:    |  |
| E-Mail:            |  |                   |  |
| Ausbildungsbeginn: |  | Ausbildungsdauer: |  |

### IV. Schulische Vorbildung

Zuletzt besuchte Schule:

(Name)

Ort:  Jahr des Abschlusses:

|                        |                                                                               |                                                                                        |                                                                   |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Schulform:</b>      | Hauptschule <input type="checkbox"/>                                          | Gymnasium <input type="checkbox"/>                                                     | Berufsskolleg <input type="checkbox"/>                            |
|                        | Realschule <input type="checkbox"/>                                           | Förderschule <input type="checkbox"/>                                                  | Weiterbildungskolleg <input type="checkbox"/>                     |
|                        | Gesamtschule <input type="checkbox"/>                                         | Sekundarschule <input type="checkbox"/>                                                | Sonstige <input type="checkbox"/>                                 |
| <b>Schulabschluss:</b> | Erster Schulabschluss<br>(Hauptschulabschluss Kl. 9) <input type="checkbox"/> | Mittlerer Schulabschluss<br>(FOS-Reife ohne Quali.) <input type="checkbox"/>           | Fachhochschulreife<br>-schulischer Teil- <input type="checkbox"/> |
|                        | Schulabschluss<br>(Hauptschulabschluss Kl. 10) <input type="checkbox"/>       | Mittlerer Schulabschluss mit Quali.<br>(FOS-Reife mit Quali.) <input type="checkbox"/> | Fachhochschulreife <input type="checkbox"/>                       |
|                        |                                                                               |                                                                                        | Allg. Hochschulreife<br>(Abitur) <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 2025/26:

Mittwochnachmittag und Dienstagvormittag ☐  
 Mittwochnachmittag und Donnerstagvormittag ☐

In der Winterklasse werden Auszubildende zusammengefasst, die zwischen dem 2. Oktober 2025 u. dem 1. April 2026 eingestellt werden. Die Einschulung der Winterklassen erfolgt im Schuljahr 2025/25 am Mittwoch, 4. Februar 2024 um 14:00 Uhr, in Raum A0-03 (Aula).

Bonn,

Unterschrift / Stempel d. Ausbildungsbetriebes