

An alle auszubildenden Ärztinnen und Ärzte im Rhein-Erft-Kreis

### **Einschulung Ihrer neuen Auszubildenden**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir sind im Rahmen der dualen Ausbildung um eine kooperative Zusammenarbeit mit Ihnen bemüht und versuchen, bei der Klassenbildung die Berufsschultage dem Zeitplan Ihrer Praxis anzupassen.

Wir bitten Sie deshalb, auf der Anmeldung einen Wochentag anzukreuzen, an dem Sie, außer dem für alle Medizinischen Fachangestellten obligatorischem Mittwochnachmittag, den Berufsschulunterricht Ihrer Auszubildenden wünschen. An diesem Berufsschultag findet der Unterricht in der Zeit von 08:00 Uhr bis 14:00 Uhr statt. Dieser Berufsschultag bleibt dann für die Dauer der gesamten Ausbildung bestehen.

Wahlweise stehen folgende Wochentage zur Auswahl:

**Dienstag**

**Donnerstag**

**Freitag**

**Am Mittwoch findet für alle Medizinischen Fachangestellten der Unterricht ab 13:15 Uhr statt.**

Senden Sie uns Ihre Meldung bitte so früh wie möglich zu. Der gewünschte Schultag wird in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Sollte eine Klasse die jeweilige Klassenstärke erreicht haben, kann Ihr Wunschtag jedoch **nicht mehr** berücksichtigt werden. Kreuzen Sie für diesen Fall bitte einen möglichen Ersatztag als zweite Wahl an.

Sie erhalten von uns eine Anmeldebestätigung mit dem Einschulungstermin.

Wir bitten um einen Widerruf Ihrer Anmeldung, wenn das Ausbildungsverhältnis nicht zustande kommt.

Mit freundlichen Grüßen

Beate Rex-Vohrmann  
Abteilungsleiterin

Michael Stallkamp  
Schulleiter

P.S.: Natürlich können Sie das Anmeldeformular auch auf unserer Homepage [www.ksbk.de](http://www.ksbk.de) als PDF-Datei ausfüllen und ausdrucken.

Absender (Stempel):
---------------------

Datum: \_\_\_\_\_

Karl-Schiller-Berufskolleg  
 Europaschule des Rhein-Erft-Kreises in Brühl  
 Bonnstraße 200  
 50321 Brühl

Fax: 02232 762122

**Anmeldung zur Berufsschule**  
**Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter**  
 (Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen od. auf Homepage [www.ksbk.de](http://www.ksbk.de) als PDF-Datei.)

<b>Auszubildende/r</b>					
Name				Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>	männlich	
Straße				PLZ	Ort
Telefon				Mobil	
Geburtsdatum				Geburtsort	
Geburtsland				Religion	
Staatsangehörigkeit					

<b>Name und Praxisanschrift der Ausbildungsstätte</b>					
Name					
Straße				PLZ	Ort
Telefon				Fax	
E-Mail					
Verantwortliche/r Ärztin/Arzt	<input type="checkbox"/>	Frau	<input type="checkbox"/>	Herr	
Name				Vorname	
Telefon				Fax	
E-Mail					
Ausbildungsbeginn				Ausbildungsende	

<b>Die Beschulung soll erfolgen am:</b>	1. Wahl	2. Wahl
Dienstagvormittag und Mittwoch		
Donnerstagvormittag und Mittwoch		
Freitagvormittag und Mittwoch		

Soweit es schulorganisatorisch umgesetzt werden kann, wird die Schulleitung bestrebt sein, die Wünsche für bestimmte Schultage zu erfüllen. Es besteht kein Rechtsanspruch auf Zuweisung bestimmter Schultage.

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Ärztin/ des Arztes