

An alle auszubildenden Zahnärztinnen und Zahnärzte im Rhein-Erft-Kreis

Einschulung Ihrer neuen Auszubildenden für das Schuljahr 2016/2017

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, auf der Anmeldung einen Wochentag anzukreuzen, an dem Sie, außer dem für alle Zahnmedizinischen 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 können wir Ihnen zur Zeit folgende Wochentage anbieten:

Donnerstag Freitag

**Am Mittwoch findet für alle Zahnmedizinischen Fachangestellten der reguläre Unterricht ab 13:15 Uhr statt.
Ab 11:30 Uhr werden in den Mittel- und Oberstufenklassen Stütz- und Förderkurse angeboten.**

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 oder wird aufgrund der Anmeldezahlen die erforderliche Schülerzahl für zwei Klassen nicht erreicht, kann Ihr Wunschtag jedoch nicht mehr berücksichtigt werden.

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 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 für das Schuljahr 2016/2017
Zahnmedizinische Fachangestellte/Zahnmedizinischer Fachangestellter
 (Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen od. auf Homepage www.ksbk.de als PDF-Datei.)

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

Name und Praxisanschrift der Ausbildungsstätte					
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		
Nichtdeutsche Verkehrssprache in der Familie:					

Die Beschulung soll erfolgen am:	1. Wahl	2. Wahl
Donnerstagvormittag und Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitagvormittag und Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Zahnärztin / des Zahnarztes