



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

Einschulung Ihrer / Ihres neuen Auszubildenden für das Schuljahr 2024/2025

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.

Bei Ausbildungsbeginn ab dem 01. Februar 2025 kommen die Auszubildenden in die Winterklasse MF524, da diese die Prüfung zum Wintertermin ablegen. Ausnahme bilden evtl. Auszubildende die eine Verkürzung anstreben (soweit bekannt auf der Anmeldung vermerken).

Die Beschulung der Klasse MF524 erfolgt **ausschließlich am Donnerstagvormittag (8:00 – 14:00 Uhr) und Mittwochnachmittag ab 13:15 Uhr**. Dieser Berufsschultag bleibt dann für die Dauer der gesamten Ausbildung bestehen.

Senden Sie uns Ihre Meldung bitte so früh wie möglich zu.

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

Karin Jaschkowitz
Abteilungsleiterin

Alex Burchard
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 2024/2025 - Winterklasse MF524
Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter
 (Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen od. auf Homepage www.ksbk.de als PDF-Datei.)

| | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------|-----|
| Auszubildende/r | | | | | |
| Name | | | | Vorname | |
| Geschlecht | weiblich <input type="checkbox"/> | männlich <input type="checkbox"/> | divers <input type="checkbox"/> | Email | |
| 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 | | | | | |
| Name | | | | Vorname | |
| Geschlecht | weiblich <input type="checkbox"/> | männlich <input type="checkbox"/> | divers <input type="checkbox"/> | Email | |
| Telefon | | | | Fax | |
| Ausbildungsbeginn | | | | Ausbildungsende | |

Die Beschulung erfolgt am Donnerstagvormittag und Mittwoch

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzhinweise auf der Homepage zur Kenntnis genommen zu haben.

 Unterschrift der Ärztin/ des Arztes