



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

Einschulung Ihrer neuen Auszubildenden für das Schuljahr 2026/2027

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 eine Präferenz der Wochentage anzugeben, 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.

Am Mittwoch findet für alle Zahnmedizinischen Fachangestellten der Unterstufen der reguläre Unterricht ab 12:15 Uhr statt, für alle anderen ab 13:15 Uhr.

Wahlweise können wir Ihnen zurzeit folgende Wochentage anbieten:

Dienstag

Donnerstag

Freitag

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 drei 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

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 2026/2027
Zahnmedizinische Fachangestellte/Zahnmedizinischer 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

Bitte geben Sie eine Präferenz (1 oder 2) an.

Die Besuchung soll erfolgen am:	
Beliebig und Mittwoch	
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.

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

Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes