

Anmeldeformular Berufsfachschule HWS

Medizinische/r Praxisassistent/in EFZ

Ausbildungsbeginn: 20_____

PERSONALIEN	LERNENDE/R		Bitte hier 1 Passfoto aufkleben
Name			
Vorname			
Strasse / Nr.			
PLZ / Ort			
Geburtsdatum			
Heimatort / Nationalität			
Telefon Privat			
Telefon Mobile			
E-Mail			
Muttersprache			
Fremdsprache			
AHV-Nummer Ist u.a. auf der Krankenkassen- karte zu finden.			

Letztes Schuljahr vor Beginn der Ausbildung			
Schultyp / Niveau	Ort / Kanton	von	bis

Abschlüsse / Diplome (FMS, DMS 2, EFZ, andere)		
Abschluss / Diplom	Jahr	Ort

Gesetzliche Vertreterin / Gesetzlicher Vertreter			
Name		Vorname	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon P		Telefon G	

AUSBILDUNGSBETRIEB	
Vollständiger Name der Praxis	
Name geschäftsführende/r Ärztin / Arzt	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	
Telefon	
Name Berufsbildner/in	
E-Mail Berufsbildner/in	
Rechnungsadresse (falls abweichend von Praxisadresse):	
Firma	
Name, Vorname	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	

Bemerkungen der HWS
Bei Vorliegen eines DMS3, FMS, HMS, WMS, EFZ oder Maturabschluss, ist die/der Lernende berechtigt bei der Erziehungsdepartement Mittelschulen und Berufsbildung Lehraufsicht BS oder beim Amt für Berufsbildung und Berufsberatung BL (je nach Kanton der Arztpraxis) eine Dispensation vom Unterricht im Fach ABU (Allgemeinbildender Unterricht) zu beantragen. Die/der Lernende muss den Antrag schriftlich stellen und die Kopie des Abschlusssdiploms mitschicken.

Bemerkungen (Feld für die Praxis bzw. die Lernende / den Lernenden)
asdasdasdasdasdasdasdasdasd

Ort / Datum

Unterschrift geschäftsführende/r
Ärztin / Arzt

.....

.....

Bitte beilegen:

- 1 Kopie Lehrvertrag
- 1 Passfoto auf Vorderseite aufkleben