

**Eberhard-Gothein-Schule
Mannheim**

U 2, 2 - 4 Postfach 12 05 61
68161 Mannheim 68056 Mannheim



Telefon: 0621 / 293-2300
Telefax: 0621 / 154513
E-Mail: sekretariat@gothein-schule.de

ANMELDUNG ZUR KAUFMÄNNISCHEN BERUFSSCHULE - ABTEILUNG GESUNDHEIT -

für das Schuljahr: _____ / _____

Auszubildende(r)	Familienname		Aussiedler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Vorname		Übersiedlung am	
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Muttersprache	
	Geburtsdatum		Herkunftsland	
	Geburtsort		Straße	
	Geburtsland		PLZ / Wohnort	/
	Bekenntnis	<input type="checkbox"/> röm.-katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> islam. <input type="checkbox"/> ohne Konf. <input type="checkbox"/> sonstige	BEZIRK ^{*)}	
	Staatsangeh.		Telefon	
	Umschulung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	letzte Schulart ^{**)}	
	höchster Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> „9 + 3“ <input type="checkbox"/> Fachschulreife <input type="checkbox"/> Fachgebundene Hochschulreife <input type="checkbox"/> sonstiger Abschluss		

Gesetzlicher Vertreter	Bezugsperson	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> sonstige
	Name	Straße
	Vorname	PLZ / Wohnort
	sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Telefon
	Herkunftsland	

Ausbildungsberuf	ABTEILUNG GESUNDHEIT		Wahl der Klasse	
	<input type="checkbox"/> Medizinische Fachangestellte		G1MF__	oder G1MF__
	<input type="checkbox"/> Pharmazeutisch-kaufmännische(r) Angestellte(r)		G1PK1	
	<input type="checkbox"/> Zahnmedizinische(r) Fachangestellte(r)		G1ZF__	oder G1ZF__
	Ausbildungsbeginn		Ausbildungsende	
Ausbildungsdauer	<input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> 2 ½ Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre			

Ausbildende(r)	Apotheke / Praxis		Telefon	
			Telefax	
			E-Mail	
			Internet-Adresse	
	Straße		Kammer	
	PLZ / Ort	/	Arbeitsamtsbezirk	
BEZIRK ^{*)}		k		

^{*)} **BEZIRK:** Mannheim = MA, Heidelberg = HD, Rhein-Neckar-Kreis = RN, Andere Kreise des Landes BW = AK; Rheinland-Pfalz = RP, Hessen = HE
^{**)} Zuletzt besuchte Schulart: z. B. Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Wirtschaftsschule, Berufsfachschule für Büro und Handel etc.
 Diese Daten werden für schulstatistische Zwecke mittels EDV gespeichert. Rechtsgrundlage ist § 9 Abs. 1 LDSG.

Ort, Datum

Unterschrift (Ausbildungsleiter)