

Anmeldung Berufsfachschule

- Dentalassistent/in EFZ**
 Medizinische Praxisassistenten/in EFZ

Ausbildungsdauer: Aug 2019 – Juni 2022

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

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 Zahnärztin / Zahnarzt , Ärztin / Arzt	
Name Berufsbildner/in	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	
Telefon / Fax	
SSO-Mitglied	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sektion (BL,BS...):
Jeglicher Schriftverkehr sowie Kontakt mit der Praxis läuft über die unten angegebene Person	
Name verantwortliche Person	
E-Mail	

DA - KLASSENEINTEILUNG für Dentalassistent/innen	
(Ihr Wunsch wird nach Möglichkeit berücksichtigt, es besteht jedoch kein Anrecht auf einen Wunschtage)	
1. Wahl	<input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag
2. Wahl	<input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag

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 Abschlussdiploms mitschicken.

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

Ort / Datum

Unterschrift geschäftsführende/r Zahnärztin / Zahnarzt, Ärztin / Arzt

.....

.....

Bitte beilegen:

- 1 Kopie Lehrvertrag
- 1 Passfoto auf Vorderseite einkleben