

# Anmeldung Berufsschule



Grafenbergschule  
Schorndorf

Technische Schule  
des Rems-Murr-Kreises  
Grabenstraße 20  
73614 Schorndorf  
Fon 0 71 81-604 300  
Fax 0 71 81-604 309  
sekretariat@gssso.de  
www.grafenbergschule.de  
www.gssso.de

**Beruf:**

**Schuljahr 20**  /20

## 1. Personalien:

männlich     weiblich     ledig     verheiratet    (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Familiename	<input type="text"/>	email	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Geburtsort	<input type="text"/>	Geburtsland	<input type="text"/>
Religion: Angabe freiwillig	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Muttersprache/ Umgangsspr.	<input type="text"/>

## 2. Gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin:

Vater     Mutter     Heimleiter     Bezugsperson   

Familiename	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	email	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>		

## 3. Schulbildung: (vorherige Schule/Schulbildung)

Schulname	<input type="text"/>
Schulart	<input type="text"/>
Schulabschluss	<input type="text"/>

## 4. Ausbildungsbetrieb:

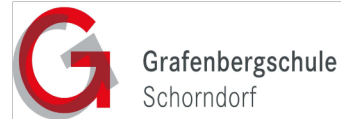
Firmenname	<input type="text"/>	Ansprech- partner/ -in	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Beginn Ausbildung	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Ende Ausbildung	<input type="text"/>
email	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift des Bewerbers/der Bewerberin

.....  
Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters/-in

# Informationen für die Anmeldung Berufsschule Gesundheitsdienst



Technische Schule  
des Rems-Murr-Kreises  
Grabenstraße 20  
73614 Schorndorf  
Fon 0 71 81- 604 300  
Fax 0 71 81- 604 309  
sekretariat@gssso.de  
www.grafenbergschule.de  
www.gssso.de

**Beruf**    Medizin. Fachangestellte(r)    Zahnmedizin. Fachangestellte(r)

Schuljahr 20  / 20

## 1. Personalien

Familiename	
Vorname	
Ausbildungsbetrieb	

Begründung	

**Bitte beachten:** Es besteht kein Anspruch auf bestimmte Schultage.

**ZF-Klassen**      1. Schultag                      2. Schultag 14-tägig

- |                                |          |          |
|--------------------------------|----------|----------|
| <input type="checkbox"/> G1ZF1 | Montag   | Mittwoch |
| <input type="checkbox"/> G1ZF2 | Dienstag | Mittwoch |
| <input type="checkbox"/> G1ZF3 | Freitag  | Montag   |

**MF-Klassen**      1. Schultag                      2. Schultag 14-tägig

- |   |                     |                       |
|---|---------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> G1MF1            | Montag              | Dienstag              |
| <input type="checkbox"/> G1MF2            | Dienstag            | Donnerstag            |
| <input type="checkbox"/> <del>G1MF3</del> | <del>Mittwoch</del> | <del>Donnerstag</del> |
- voll (Stand 01.09.22)

gez.: P. Klaus-Zenetti

Abteilungsleiterin