

## Anmeldeformular Berufsfachschule HWS

- Dentalassistent/in EFZ**  
 **Medizinische Praxisassistent/in EFZ**

Ausbildungsbeginn: 20\_\_\_\_\_

PERSONALIEN	LERNENDE/R		Bitte hier <b>1 Passfoto</b> aufkleben
Name			
Vorname			
Strasse / Nr.			
PLZ / Ort			
Geburtsdatum			
Heimatort / Nationalität			
Telefon Privat			
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	

<b>AUSBILDUNGSBETRIEB</b>	
Vollständiger Name der Praxis	
Name geschäftsführende/r Zahnärztin / Zahnarzt, Ärztin / Arzt	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	
Telefon	
Name Berufsbildner/in	
E-Mail Berufsbildner/in	
SSO-Mitglied	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sektion (BL, BS...):
<b>Rechnungsadresse (falls abweichend von Praxisadresse):</b>	
Firma	
Name, Vorname	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	

<b>DA - KLASSENEINTEILUNG für Dentalassistent/innen</b>	
<small>(Ihr Wunsch wird nach Möglichkeit berücksichtigt, es besteht jedoch kein Anrecht auf einen Wunschtag)</small>	
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

<b>Bemerkungen der HWS</b>
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.

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

Ort / Datum

Unterschrift geschäftsführende/r  
Zahnärztin / Zahnarzt, Ärztin / Arzt

**Bitte beilegen:**

- 1 Kopie Lehrvertrag
- 1 Passfoto auf Vorderseite aufkleben