

Bewerbung
für die Berufsfachschule für medizinische Dokumentation
 (Bewerbungszeitraum: nach Erhalt des Jahreszeugnisses der Klasse 9
 bzw. mit Halbjahreszeugnis Klasse 10 bis Ende des Schuljahres)

Ruth-Pfau-Schule Leipzig Schönauer Str. 160 04207 Leipzig Tel.: (0341) 42 64 10 Fax: (0341) 42 64 141 www.ruth-pfau-schule.de	Eingang der Bewerbung: _____ Bearbeitungsvermerk: _____														
Hiermit bitte ich für das Schuljahr _____ um Aufnahme in die Berufsfachschule für medizinische Dokumentation <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Familiename: _____</td> <td style="width: 50%;">Vorname: _____</td> </tr> <tr> <td>Straße: _____</td> <td>PLZ, Wohnort: _____</td> </tr> <tr> <td>Telefon: _____</td> <td>Geschlecht: <input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> d</td> </tr> <tr> <td>e-Mail: _____</td> <td>Geburtsort: _____</td> </tr> <tr> <td>Geburtsdatum: _____</td> <td>Staatsangehörigkeit: _____</td> </tr> <tr> <td>Religionszugehörigkeit ¹⁾: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Art und Grad einer Behinderung/chronische Krankheit¹⁾: _____</td> </tr> </table>		Familiename: _____	Vorname: _____	Straße: _____	PLZ, Wohnort: _____	Telefon: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> d	e-Mail: _____	Geburtsort: _____	Geburtsdatum: _____	Staatsangehörigkeit: _____	Religionszugehörigkeit ¹⁾ : _____		Art und Grad einer Behinderung/chronische Krankheit ¹⁾ : _____	
Familiename: _____	Vorname: _____														
Straße: _____	PLZ, Wohnort: _____														
Telefon: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> d														
e-Mail: _____	Geburtsort: _____														
Geburtsdatum: _____	Staatsangehörigkeit: _____														
Religionszugehörigkeit ¹⁾ : _____															
Art und Grad einer Behinderung/chronische Krankheit ¹⁾ : _____															
Sorgeberechtigte(r): (bei Minderjährigen) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Vater:</td> <td style="width: 50%;">Telefon:</td> </tr> <tr> <td>Name: _____</td> <td>priv.: _____ dienstl.: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anschrift: _____</td> </tr> <tr> <td>Mutter:</td> <td>Telefon:</td> </tr> <tr> <td>Name: _____</td> <td>priv.: _____ dienstl.: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anschrift: _____</td> </tr> </table>		Vater:	Telefon:	Name: _____	priv.: _____ dienstl.: _____	Anschrift: _____		Mutter:	Telefon:	Name: _____	priv.: _____ dienstl.: _____	Anschrift: _____			
Vater:	Telefon:														
Name: _____	priv.: _____ dienstl.: _____														
Anschrift: _____															
Mutter:	Telefon:														
Name: _____	priv.: _____ dienstl.: _____														
Anschrift: _____															
Schulbildung: Schulabschluss Klasse 10 bzw. allgemeine HS-Reife / FHS-Reife wird/wurde erworben an <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Oberschule/Realschule</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Gymnasium/FOS</td> </tr> </table> im Jahr _____ Zur Zeit bzw. zuletzt besuchte Schule und Klasse Name der Schule: _____ Ort: _____ Klasse: _____		<input type="checkbox"/> Oberschule/Realschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium/FOS												
<input type="checkbox"/> Oberschule/Realschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium/FOS														
Berufsausbildung: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Abgeschlossene Berufsausbildung: _____</td> <td style="width: 50%;">Ausbildungsstätte: _____</td> </tr> <tr> <td>Beginn der Ausbildung: _____</td> <td>Ende der Ausbildung: _____</td> </tr> </table>		Abgeschlossene Berufsausbildung: _____	Ausbildungsstätte: _____	Beginn der Ausbildung: _____	Ende der Ausbildung: _____										
Abgeschlossene Berufsausbildung: _____	Ausbildungsstätte: _____														
Beginn der Ausbildung: _____	Ende der Ausbildung: _____														

Als Unterlagen sind beigefügt:

- 1 Passbild (neueren Datums)
- lückenloser tabellarischer Lebenslauf
- beglaubigte Kopie des Abschlusszeugnisses der Klasse 10 bzw. des aktuellsten letzten Zeugnisses (Realschulabschluss oder gleichwertiger bzw. höherwertiger Abschluss)
- beglaubigte Kopie des Halbjahreszeugnisses der Klasse 10/ Jahreszeugnis Klasse 9
- ggf. eine schriftliche Erklärung über das Vorliegen eines Härtefalls (außergewöhnliche familiäre, soziale oder sonst. Umstände, die zur vorübergehenden Leistungsminderung führten)
- frankierter und adressierter Umschlag A4

Wurden weitere Aufnahmeanträge an Berufsfachschulen gerichtet?

- nein
- ja, an _____
in _____

Wurde bereits an einer Berufsfachschulprüfung der beantragten Ausbildung teilgenommen?

- nein
- ja, in _____
am _____ Ergebnis: _____

Wurden Sie bereits zur BFS-Prüfung der beantragten Ausbildung zugelassen? ja / nein

Es ist mir bekannt, dass ich aus dieser Anmeldung keinen Rechtsanspruch auf Aufnahme ableiten kann. Ich erkläre, dass obenstehende Angaben vollständig und richtig sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass falsche Angaben zur Annullierung der Aufnahme bzw. zum Ausschluss aus der Schule führen können. Ich bin darüber informiert, dass meine Angaben zum Zweck der Bearbeitung rechentechnisch erfasst werden.

¹⁾ Ich bin mit der Erhebung der Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers

Wir sind mit der Bewerbung unserer Tochter/unsere Sohn einverstanden und bitten um Aufnahme in die Berufsfachschule für medizinische Dokumentation.

¹⁾ Wir sind mit der Erhebung der Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern