



An alle auszubildenden Ärztinnen und Ärzte im Rhein-Erft-Kreis

## **Einschulung Ihrer / Ihres neuen Auszubildenden für das Schuljahr 2025/2026**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir sind im Rahmen der dualen Ausbildung um eine kooperative Zusammenarbeit mit Ihnen bemüht und versuchen, bei der Klassenbildung die Berufsschultage dem Zeitplan Ihrer Praxis anzupassen.

Bei Ausbildungsbeginn ab dem 01. Februar 2026 kommen die Auszubildenden in die Winterklasse MF525, da diese die Prüfung zum Wintertermin ablegen. Ausnahme bilden evtl. Auszubildende die eine Verkürzung anstreben (soweit bekannt auf der Anmeldung vermerken).

Die Beschulung der Klasse MF525 erfolgt **ausschließlich am Freitagvormittag (8:00 – 14:00 Uhr) und Mittwochnachmittag ab 13:15 Uhr**. Dieser Berufsschultag bleibt dann für die Dauer der gesamten Ausbildung bestehen.

Senden Sie uns Ihre Meldung bitte so früh wie möglich zu.

Sie erhalten von uns eine Anmeldebestätigung mit dem Einschulungstermin.

Wir bitten um einen Widerruf Ihrer Anmeldung, wenn das Ausbildungsverhältnis nicht zustande kommt.

Mit freundlichen Grüßen

Karin Jaschkowitz  
Abteilungsleiterin

Alex Burchard  
Schulleiter

P.S.: Natürlich können Sie das Anmeldeformular auch auf unserer Homepage [www.ksbk.de](http://www.ksbk.de) als PDF-Datei ausfüllen und ausdrucken.

Absender (Stempel):
---------------------

Datum: \_\_\_\_\_

Karl-Schiller-Berufskolleg  
 Europaschule des Rhein-Erft-Kreises in Brühl  
 Bonnstraße 200  
 50321 Brühl

Fax: 02232 762122

**Anmeldung zur Berufsschule für das Schuljahr 2025/2026 - Winterklasse MF525**  
**Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter**  
 (Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen od. auf Homepage [www.ksbk.de](http://www.ksbk.de) als PDF-Datei.)

<b>Auszubildende/r</b>					
Name				Vorname	
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	Email	
Straße				PLZ	Ort
Telefon				Mobil	
Geburtsdatum				Geburtsort	
Geburtsland				Religion	
Staatsangehörigkeit					

<b>Name und Praxisanschrift der Ausbildungsstätte</b>					
Name					
Straße				PLZ	Ort
Telefon				Fax	
E-Mail					

<b>Verantwortliche/r Ärztin/Arzt</b>					
Name				Vorname	
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	Email	
Telefon				Fax	
Ausbildungsbeginn				Ausbildungsende	

**Die Beschulung erfolgt am** Freitagvormittag und Mittwoch

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzhinweise auf der Homepage zur Kenntnis genommen zu haben.**

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Ärztin/ des Arztes