



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

Einschulung Ihrer / Ihres neuen Auszubildenden für das Schuljahr 2026/2027

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 2027 kommen die Auszubildenden in die Winterklasse MF526, 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 MF526 erfolgt **ausschließlich am Dienstagvormittag (8:00 bis 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 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 2026/2027 - Winterklasse MF526

Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter

(Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen od. auf Homepage www.ksbk.de als PDF-Datei.)

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

Name und Praxisanschrift der Ausbildungsstätte					
Name					
Straße				PLZ	Ort
Telefon				Fax	
E-Mail					
Verantwortliche/r Ärztin/Arzt					
Name				Vorname	
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	Email	
Telefon				Fax	
Ausbildungsbeginn				Ausbildungsende	

Die Beschulung erfolgt am Dienstagvormittag und Mittwoch

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

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes