



## Schulanmeldung (elektronisch beschreibbares Formular)

Berufliche Grundbildung **Fachfrau/Fachmann Apotheke EFZ**

**3 Jahre**

### Lernende/Lernender

Frau  Herr

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Wohnort seit: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Kanton: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Lehrvertrag abgeschlossen im Kanton:  BS  BL  AG  SO  BE

Lehrdauer: von \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_

AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Fremdsprache** (verbindlich)  Englisch  Französisch

### Anbieter beruflicher Praxis (Lehrbetrieb)

Name Betrieb: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Verantwortliche/r Berufsbildner/in: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel. direkt: \_\_\_\_\_

### Angaben Filiale (falls vorhanden)

---

---

---

**Gesetzliche Vertretung** (bei Minderjährigkeit)

Vater    Mutter    Vormund/Beistand

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
**Stempel** Lehrbetrieb (optional) und  
**Unterschrift** Berufsbildner/in  
(elektronische Unterschrift ohne Stempel wird auch akzeptiert)

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Anmeldeformular bis **spätestens 31. Mai**  
> per Post an: *Berufsfachschule Basel, G r me Guadagno, Kohlenberggasse 10, 4001 Basel*  
> oder per Mail an: [gerome.guadagno@bs.ch](mailto:gerome.guadagno@bs.ch)