



Berufsfachschule Basel

Schulanmeldung (elektronisch beschreibbares Formular)

Berufliche Grundbildung **Fachfrau/Fachmann Apotheke EFZ**

3 Jahre

Gewünschte Fremdsprache (verbindlich)

Englisch

Französisch

Lernende/Lernender

Frau

Herr

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Wohnort seit: _____

Tel. Privat: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Muttersprache: _____

Heimatort: _____

Kanton: _____

Nationalität: _____

Lehrvertrag abgeschlossen mit dem Kanton: BS BL AG SO BE

Lehrdauer: von _____

bis _____

AHV-Nummer: _____

Anbieter beruflicher Praxis (Lehrbetrieb)

Name Betrieb: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel. Nr.: _____

Fax: _____

Verantwortliche/r Berufsbildner/in: _____

E-Mail: _____

Tel.(direkt): _____

Gesetzliche Vertretung

Vater

Mutter

Vormund/Beistand

volljährig

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel. Privat: _____

Bemerkungen

Vollständig ausgefülltes Anmeldeformular bis **spätestens 31. Mai** per Post an *Berufsfachschule Basel, Claudia Zimmermann, Kohlenberggasse 10, 4001 Basel* oder per Email an claudia.zimmermann2@bs.ch senden

Ort, Datum

Original Stempel Lehrbetrieb und
Original Unterschrift Berufsbildner/in
(auch nur elektronisch möglich)