



**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](mailto:claudia.zimmermann2@bs.ch) senden

Ort, Datum

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