

## Anmeldung Grundbildung

Medizinische(r) Praxisassistent(in) EFZ – Schulische Ausbildung      **Datum Beginn:** \_\_\_\_\_

Anrede\*  Frau     Herr

Name\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.\* \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort\* \_\_\_\_\_

Tel. Privat\* \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_ Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Nationalität/Bürgerort\* \_\_\_\_\_ AHV-Nr.\* \_\_\_\_\_

Muttersprache\* \_\_\_\_\_ \* Pflichtfelder

Bitte Zutreffendes ankreuzen

**Zahlungsart**     Semesterzahlung                       Ratenzahlung

### Bitte erforderliche Unterlagen beilegen:

- Vollständig ausgefülltes Anmeldeformular
- Kopien allfälliger Berufsabschlüsse
- Tabellarischer Lebenslauf
- 1 Passfoto
- Multicheck
- Letztes Schulzeugnis

Ich anerkenne die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Stiftung Juventus Schulen und die aktuell gültige Preisliste der Juventus Schule für Medizin.

Ort / Datum

Unterschrift

Adresse Eltern / Rechnungsempfänger

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

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

Ort / Datum

Unterschrift Eltern / Gesetzliche Vertreter

Bei Minderjährigen: Ich verpflichte mich, für das Schulgeld der/des Lernenden vollumfänglich aufzukommen. Ich anerkenne die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Stiftung Juventus Schulen und die aktuell gültige Preisliste der Juventus Schule für Medizin.

Ort / Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters