

# Pharma-Assistent/in

3-jährige Ausbildung

**bsd.**

Berufsfachschule des  
Detailhandels Bern

## Anmeldung für den Berufsschulunterricht

**Lernende/Lernender**

Herr  Frau

Name ..... Vorname .....

Strasse/Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefon ..... Natel .....

Geburtsdatum ..... Heimatort .....

Nationalität ..... Muttersprache .....

Sozialversicherungs-Nr. (AHV-Nr.) .....

**Gesetzliche Vertretung**

Vater  Mutter  Vormund

Name ..... Vorname .....

Strasse/Nr. .... Telefon .....

PLZ/Ort ..... Natel .....

**Lehrbetrieb**

Firma .....

Strasse/Nr. .... Postfach .....

PLZ/Ort .....

Telefon ..... E-Mail .....

Berufsbildner/in .....

**Vorbildung**

Realschule ..... Jahre

Sekundarschule ..... Jahre

10. Schuljahr/welches .....

Andere Tätigkeit im letzten Jahr vor Lehrbeginn

.....

**Fremdsprache** (gute Vorkenntnisse Voraussetzung)

Französisch  Englisch

Unterschrift  
Lernende/Lernender

Stempel und Unterschrift  
Lehrbetrieb

.....

Ort/Datum .....



**bsd.**  
Postgasse 66  
Postfach, 3000 Bern 8  
Tel. 031 327 61 11  
Fax 031 327 61 22  
www.bsd-bern.ch  
info@bsd-bern.ch