

**STAATLICHES BERUFSBILDUNGSZENTRUM WEIMAR  
GESUNDHEIT SOZIALES TECHNIK**

Lützendorfer Str. 10  
99427 Weimar  
Tel.: 03643 – 48420  
Fax: 03643 – 484260  
E-Mail: info@bbz-weimar.de

[www.bbz-weimar.de](http://www.bbz-weimar.de)



**Anmeldung zum theoretischen Unterricht**

Gewünschter Ausbildungsberuf:	Spezialisierung:	Ausbildungszeitraum von - bis :
-------------------------------	------------------	---------------------------------

**1. Angaben zum Auszubildenden:**

Name / Vorname	
PLZ / Wohnort / Bundesland	
Straße / Nr.	
Kreis / Kreisfreie Stadt	
Vorwahl / Telefon	
Geboren am:	
Geboren in:	
Religion:	
Liegt ein sonderpädagogisches Gutachten vor?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> von wann:

**2. Angaben zum Erziehungsberechtigten:**

Name / Vorname	
PLZ / Wohnort / Bundesland	
Straße / Nr.	
Vorwahl / Telefon	

**3. Angaben zum Ausbildungsbetrieb:**

Ausbilder / Firma / Arbeitgeber	
PLZ / Ort / Bundesland	
Straße / Nr.	
Vorwahl / Telefon- Nr.	
Vorwahl / Fax- Nr.	
Kammerzugehörigkeit der Firma:	
Welches überbetriebliche Ausbildungszentrum wird besucht:	

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der Schülerin/des Schülers

.....  
Unterschrift Erziehungsberechtigte