

**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



**Anmeldung zum theoretischen Unterricht**

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

**Altenpflegehelfer/in**  
**Anästhesietechnische/r Assistent/in**  
**Generalistische Pflegeausbildung**

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

**Krankenpflegehelfer/in**  
**Operationstechnische/r Assistent/in**  
**Zahntechniker/in**

Ausbildungszeitraum	
---------------------	--

**1. Angaben zum Auszubildenden**

Name, Vorname	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Landkreis / Kreisfreie Stadt	
Geboren am	
Geboren in	
Festnetznummer	
Handynummer	
E-Mail-Adresse	
Vorlage Sonderpädagogisches Gutachten	Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie beifügen)

**2. Angaben Erziehungsberechtigter/Kontaktperson in Notfällen**

Verhältnis zum Auszubildenden (Mutter, Vater)	
Name, Vorname	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Landkreis / Kreisfreie Stadt	
Festnetznummer	
Handynummer	
E-Mail-Adresse	

**3. Angaben zum Ausbildungsbetrieb**

Ausbilder / Arbeitgeber	
Ansprechpartner	
PLZ, Ort	
Straße, Hausnummer	
Landkreis / Kreisfreie Stadt	
Festnetznummer	
Faxnummer	
E-Mail-Adresse	

Bitte legen Sie der Anmeldung eine Kopie des Ausbildungsvertrages bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auszubildende/r / Erziehungsberechtigte

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber/in

