

**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

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

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 <input type="checkbox"/> (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

