

**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