Staatliches Berufsbildungszentrum und
Medizinische Fachschule
Lindigallee 1; 36433 Bad Salzungen
Tel.: 03695 6928-0
E-Mail: schulleitung@sbbz-lindig.de

Anmeldung zum Besuch der Berufsschule für das Schuljahr 2027/28

Angaben *zum/zur Auszubildenden

Nachname, Vorname:					
Geburtsdatum:		Geburtsort:		Geschlecht: ☐ m ☐ w	
Straße und Hausnr.:					
PLZ und Wohnort:					
Bundesland:					
Staatsangehörigkeit:					
Telefon:		E-Mail:			
Mobil-Telefon:		Umschüler*in: ☐ ja ☐ nein			

Angaben zu den Erziehungsberechtigten (bei Auszubildenden unter 18 Jahren)

Nachname(n), Vorname(n):			
Straße und Hausnr.:			
PLZ und Wohnort:			
Telefon:		E-Mail:	

Angaben zum Bildungsweg *des/der Auszubildenden

Zuletzt besuchte Schule:		Abgangsjahr:	
Schulabschluss:		Abgangsklasse:	

Angaben zur Ausbildung

Ausbildungsberuf, ggf. Fachrichtung/ Schwerpunkt:			
Ausbildungsbeginn:		Ausbildungsende:	
Zuständige Kammer:			

Angaben zum Ausbildungsbetrieb

Ausbildungsstätte:			
Straße und Hausnr.:			
PLZ und Ort:			
Telefon:		Telefax:	
Ausbilder*in:		E-Mail:	

	.....		.....
Ort, Datum	Unterschrift des/der Auszubildenden	Ort, Datum	Unterschrift des Ausbilders/der Ausbilderin