

# Anmeldung zum Besuch der Berufsschule

Berufliches Schulzentrum  
für Ernährung, Gastgewerbe, Gesundheit  
Arthur-Bretschneider-Str. 17  
09113 Chemnitz



## Anschrift der Ausbildungsstätte:

Tel./Fax:  
Name des Ausbilders/Ansprechpartner:

## Angaben zum Auszubildenden:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Ausbildungszeit: \_\_\_\_\_ vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Bei verkürzter Ausbildungszeit bitte den Grund der Verkürzung angeben:

Schulabschluss     RS     HS     Abi     ohne Abschluss  
 sonstige Abschlüsse:

Name und Anschrift der zuletzt besuchten Schule:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel des Ausbildungsbetriebes

\_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Auszubildenden