



# Dr.-Walter-Bruch-Schule

Berufsbildungszentrum St. Wendel  
Schulen des Landkreises St. Wendel

## Anmeldung zur Werkstatt-Schule TGBBZ

### Personalien des/der Schülers/-in:

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ Anlage  
Personalausweis:   
Name Vater: \_\_\_\_\_ Name Mutter: \_\_\_\_\_ Andere Er-  
ziehungsber.: \_\_\_\_\_

### Adresse Schüler:

(Straße, PLZ, Wohnort): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Religion: rk ev musl. sonst. keine Staatsange-  
hörigkeit \_\_\_\_\_

Bei Ausländern: **in Deutschland seit:** \_\_\_\_\_ begleitet unbegleitet  
(TT/MM/JJ): \_\_\_\_\_

### Adresse Eltern:

falls abweichend: \_\_\_\_\_

Tel.Nr. / Mobil.Nr./ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Vorbildung:

**Zuletzt besuchte allgemeinbildende Schule:** \_\_\_\_\_

Entlassen aus Klassenstufe: \_\_\_\_\_ **Schulbesuchsjahr:** \_\_\_\_\_

Art des Abschlusses: \_\_\_\_\_ Anlage Zeugnis:

**Zuletzt besuchte berufsbildende Schule:** \_\_\_\_\_

Abschluss im Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_

Entlassen aus Klassenstufe: \_\_\_\_\_ Jahr des Abschlusses: \_\_\_\_\_

Art des Abschlusses: \_\_\_\_\_ Anlage Zeugnis:

**Teilnahme Schulbuchausleihe:** ja  nein

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r bzw. volljährige/r Schüler/-in \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Hinweis: Die Einteilung der SchülerInnen in die Klassen erfolgt nach schulinternen Vorgaben; persönliche Interessen können hierbei nicht berücksichtigt werden.**

Dr.-Walter-Bruch-Schule St. Wendel  
Technisch-Gewerbliches BBZ  
Werschweilerstraße 41  
66606 St. Wendel

Tel. 06851-93110  
Fax: 06851-931120  
E-Mail: tgbbz@dr-walter-bruch-schule.de  
Homepage: www.dr-walter-bruch-schule.de