



# Dr.-Walter-Bruch-Schule

Berufsbildungszentrum St. Wendel  
Schulen des Landkreises St. Wendel

## Anmeldung zur Berufsschule Plus – BS Plus – - TGBBZ St. Wendel -

### Personalien des/der Schülers/-in:

Vorlage Personalausweis

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ m w d  
Name Vater: \_\_\_\_\_ Name Mutter: \_\_\_\_\_ Andere Erziehungsber.: \_\_\_\_\_

### Adresse Schüler:

(Straße, PLZ, Wohnort): \_\_\_\_\_

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

Religion: rk ev musl. sonst. keine Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ Jahr des Abschlusses: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Einverständnis Veröffentl. Bild: ja  nein

erhöhter Förderbedarf/Nachteilsausgleich: ja  nein

### Aktueller Ausbildungsbetrieb (Name, Anschrift, Tel.):

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

\_\_\_\_\_  
Datum

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