

Anmeldung zum Besuch der Berufsschule

Das ausgefüllte Formular bitte an die
nebenstehende Adresse übermitteln.

KBBZ Halberg
Kurt-Schumacher-Straße 20
66130 Saarbrücken
Tel.: 0681 88 00 60
Fax: 0681 88 00 644

kbbz-halberg@schule.saarland

1. Auszubildende/r

Name:

Vorname:

Geschlecht: Geburtsdatum:

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

E-Mail: Telefon:

Ausbildungsberuf:

2. Gesetzliche/r Vertreter/in (Anzugeben bei Auszubildenden unter 21 Jahren.)

Name:

Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

E-Mail: Telefon:

3. Ausbildungsbetrieb

Firma:

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

E-Mail: Telefon:

4. Ausbildungsvertrag

Dauer: 2 Jahre 2,5 Jahre 3 Jahre - Beginn: Ende:

Ort, Datum

Für den Ausbildungsbetrieb