



Anmeldebogen

für Aufnahmsbewerber an berufsbildenden mittleren und höheren Lehranstalten

Vom Aufnahmsbewerber auszufüllen!

Familienname Vorname(n) (laut Geburtsurkunde)

Angemeldet für: Handelsakademie (5 jährig) Handelsschule (3 jährig)

Beigelegte bzw. vorgewiesene Urkunden:

Geburtsurkunde Staatsbürgerschaftsnachweis

Zutreffendes bitte ankreuzen

Erklärung des Erziehungsberechtigten

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass gemäß § 6 Abs. 4 des Schulunterrichtsgesetzes, BGBl. Nr. 472/1986 in der derzeit geltenden Fassung, eine für eine bestimmte Schulart abgelegte Aufnahmeprüfung **für dasselbe Schuljahr nicht wiederholt werden darf.**

Gemäß § 8 des obcit. Gesetzes berechtigt die erfolgreiche Ablegung einer Aufnahmeprüfung - bei Erfüllung der sonstigen Aufnahmuvoraussetzungen - zur Aufnahme in alle Schulen derselben Schulart in jenem Schuljahr, für das sie abgelegt wurde, sowie in den beiden folgenden Schuljahren; in gleicher Weise berechtigt die erfolgreiche Ablegung der Aufnahmeprüfung in eine berufsbildende höhere Schule auch zur Aufnahme in eine berufsbildende mittlere Schule. Unbeschadet davon ist jeder Aufnahmswerber jedoch zur nochmaligen Ablegung der Aufnahmeprüfung in den beiden Schuljahren berechtigt, die jenen, für das die Prüfung abgelegt wurde, folgen; macht ein Aufnahmsbewerber von diesem Recht Gebrauch, so ist dem Aufnahmungsverfahren jeweils das bessere Prüfungsergebnis zugrunde zu legen.

Die Erziehungsberechtigten stimmen zu, dass für die organisatorische Abwicklung des Aufnahmeverfahrens personenbezogene Daten (z.B. Sozialversicherungsnummer) vorübergehend elektronisch gespeichert werden.

.....
Ort Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

aus AHS / NMS		
gewünschte Sprache	F	R

Vom Aufnahmsbewerber in Blockschrift auszufüllen!

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen untenstehende Legende zu

6., **7.** und **11**

Schüler:

1. männlich: weiblich:

2. SV-Nr., Geb.datum/-ort:

SV-Nr.

Tag	Monat	Jahr

3. PLZ, Post:

--	--	--	--	--

4. Anschrift, Straße Nr.:

5. e-Mail:

6. in der 8. Schulstufe besuchte Schulform:

--	--	--

 Anschrift

7. derzeit (oder zuletzt) besuchte Schulform

--	--	--

 Beginn der Schulpflicht-Jahr

8. Staatsbürgerschaft:

9. Muttersprache/Religion: /

10. 9 jährige Schulpflicht vor Eintritt in die angestrebte Schule erfüllt? ja nein

11. Vorbildung (Anzahl der Jahre angeben):

--

 V

--

 NMS

--

 PL

--

 AHS

--

 BMS

--

 BHS

--

 SO

12. Welche Fremdsprache(n) Jahre:
wurde(n) gelernt? Jahre:

13. Anzahl der Geschwister an der Schule:

Erziehungsberechtigte:

14.

Eigen-berechtigt

Vater

Mutter

Heim-leiter

Groß-vater

Groß-mutter

Jugend-amt

Sonst.

15. Akademischer Grad, Vorname(n):

16. Beruf des Erziehungsberechtigten:

17. erreichbar unter Tel.Nr.:

Vorwahl

 /

18. Mobiltelefon:

Vorwahl

 /

19. e-Mail:

Die folgenden Punkte sind nur auszufüllen, wenn die Daten von den Schülerdaten abweichen.

20. Familienname:

21. Straße, Nr.:

22. PLZ, Wohnort:

--	--	--	--	--

23. Telefonnummer:

Vorwahl

 /

Legende zu **6.**, **7.** und **11**

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| V Volksschule | PL Polytechnischer Lehrgang | BHS Berufsbildende höhere Schule |
| NMS Neue Mittelschule | AHS Allgemeinbildende höhere Schule | BMS Berufsbildende mittlere Schule |
| | SO Sonstige Schulformen | |

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossen dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.

Familienname d. Schülers(in): Vorname:

Geb.-Datum: Anschrift:

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):

..... Telefon:

Berufstätigkeit der Eltern: Geburtsjahr der Geschwister:

Vater: ja nein Mutter: ja nein,,,

Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Sind die Eltern übergewichtig? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Welche Infektionskrankheiten hat d. Schüler(in) durchgemacht?

Masern ja nein Mumps ja nein Scharlach ja nein

Röteln ja nein Feuchtblattern ja nein Diphtherie ja nein

Keuchhusten ja nein Gelbsucht ja nein Kinderlähmung ja nein

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem. **Bitte - Zutreffendes unterstreichen.** Nähere Angaben:

Operationen oder bleibende Unfallfolgen:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche?

Wurde d. Schüler(in) gegen Tuberkulose (BCG-) geimpft ja nein

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale ja nein

Häufiger Kopfschmerz ja nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel) ja nein

Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung) ja nein

Zuckerkrankheit ja nein

Sehfehler ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein

Hörfehler ja nein

Anfallsleiden ja nein

Sprachfehler ja nein

Auffälligkeiten

(Schlaflosigkeit, verstärktes 'Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

Datum:

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):

Bitte Zutreffendes ankreuzen!