

Anmeldebogen

für Aufnahmebewerber/in an Berufsbildenden mittleren und höheren Lehranstalten

Nicht vom Aufnahmebewerber ausfüllen!	Langstempel der Schule	
	Höhere Bundeslehranstalt für Mode Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe A-3500 Krems an der Donau, Kasernstraße 6	301439
aufgenommen, Abt _____		
abgelehnt wegen _____		

Vom/n Aufnahmebewerber/in auszufüllen!		
Familienname	1. Vorname (laut Geburtsurkunde)	2. Vorname(n)
Angemeldet für die		
<input type="checkbox"/> 5jährige (HLM) <i>Höhere Bundeslehranstalt für Mode</i>	<input type="checkbox"/> 3jährige (FW) <i>Bundesschule für wirtschaftliche Berufe</i>	
<input type="checkbox"/> 5 jährige (HLW) <i>Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe</i>	<input type="checkbox"/> 1jährige (EFW) <i>Bundesschule für wirtschaftliche Berufe</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen!		

Da in einer berufsbildenden Lehranstalt die Ausbildung in einer bestimmten Fachrichtung erfolgt, sollten dem Eintritt in eine derartige Lehranstalt sorgfältige Überlegungen hinsichtlich des Berufswunsches und der Berufswahl vorausgehen. Die bisherigen Lehrer/innen (Schülerberater/innen) können diesbezüglich nützliche Ratschläge erteilen.

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 jede/r Aufnahmebewerber/in jedoch zur nochmaligen Ablegung der Aufnahmeprüfung in den beiden Schuljahren berechtigt, die jenen, für das die Prüfung abgelegt wurde, folgen; macht ein/e Aufnahmebewerber/in von diesem Recht Gebrauch, so ist dem Aufnahmeverfahren 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

Schüler/in:

Vom/n Aufnahmebewerber/in in **BLOCKSCHRIFT** auszufüllen!
Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen untenstehende Legende 6, 10

[1] Sozialversicherungsnr.:

[2] Geschlecht:

männlich: weiblich:

[3] Geburtsdatum:

<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	Tag.Monat.Jahr
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------

Geburtsort:

<input type="text"/>	Geburtsstaat:	<input type="text"/>
----------------------	---------------	----------------------

[4] Staat, PLZ, Wohnort:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

[5] Straße, Nr.:

[6] zuletzt besuchte Schule:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulanschrift:	Schulkennzahl:
AHS	NMS	HS	Sonst.		

[7] Staatsbürgerschaft:

[8] Muttersprache:

Zweitsprache:

[9] Religion:

[10] 9-jährige Schulpflicht vor Eintritt in die angestrebte Schule erfüllt! ja nein

Vorbildung (in Jahren):

<input type="text"/>							
VS	NMS	HS	AHS	PL	BHS	BMS	SO

[11] Geschwister des Aufnahmebewerbers an der Lehranstalt, deren Besuch angestrebt wird : ja nein

Erziehungsberechtigte:

[12]

Mutter u. Vater

Mutter

Vater

eigenberechtigt

Heimleiter

Sonst. (bitte Person angeben)

[13] akademischer Grad:

[14] Familienname:

[15] Vorname:

[16] Staat, PLZ, Wohnort:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

[17] Straße, Nr.:

[18] Telefonnummer/Handy:

oder

mit Vorwahl

[19] E-Mail:

Legende zu [10] :

VS = Volksschule, HS = Hauptschule, NMS = Neue Mittelschule, AHS = Allgemeinbildende Höhere Schule, PL = Polytechnischer Lehrgang, BHS = Berufsbildende Höhere Schule, BMS = Berufsbildende Mittlere Schule, SO = Sonstige Schulform

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

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

Familienname d. Schülerin/d. Schülers:**Vorname:****Geschlecht:** männlich weiblich

Geb.-Datum:

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):

Telefon:

Berufstätigkeit der Eltern: Vater: ja nein Mutter: ja nein

Geburtsjahr der Geschwister:

Sind die Eltern zuckerkrank?

Vater: ja nein Mutter: ja nein

Sind die Eltern übergewichtig?

Vater: ja nein Mutter: ja nein

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Masern

ja nein

Keuchhusten

ja nein

Scharlach

ja nein

Röteln

ja nein Windpocken
(Schafblattern):ja nein

sonstige

Mumps

ja nein

Gelbsucht

ja nein

sonstige

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 die Schülerin/der Schüler gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein letzte Impfung am:

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale

ja nein

Häufiger Kopfschmerz

ja nein Allergie (Ekzem, Heuschnupfen,
Arzneimittel, Insektenallergie)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):