

# Anmeldebogen

## für Aufnahmebewerber/in an Berufsbildenden mittleren und höheren Lehranstalten

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

<b>Vom/n Aufnahmebewerber/in auszufüllen!</b>		
<b>Familienname</b>	<b>1. Vorname</b> (laut Geburtsurkunde)	<b>2. Vorname(n)</b>
<b>Angemeldet für die</b>		
<input type="checkbox"/> 5jährige (HLM) Höhere Bundeslehranstalt für Mode	<input type="checkbox"/> 3jährige (FW) Bundesfachschule für wirtschaftliche Berufe	
<input type="checkbox"/> 5 jährige (HLW) Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe	<input type="checkbox"/> 1jährige (EWF) Wirtschaftsfachschule	
<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:

[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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[13] akademischer Grad:

[14] Familienname:

[15] Vorname:

[16] Staat, PLZ, Wohnort:

[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 (Schafblättern): ja  nein  sonstigeMumps 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):