

ANMELDEBOGEN

für Aufnahmsbewerber:innen an der 5-jährigen berufsbildenden
Höheren Bundeslehranstalt Sitzenberg

Der Anmeldebogen ist mit den erforderlichen Beilagen bis spätestens am **2. Freitag nach Ihren Semesterferien** im Sekretariat der Schule abzugeben.

Bitte zur **Anmeldung** in Blockschrift ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen:

Familienname	Vorname(n) laut Geburtsurkunde
Geburtsdatum	Versicherungsnummer

Folgende Urkunden im Original und in Kopie sind beizulegen:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Geburtsurkunde | <input type="radio"/> Meldezettel |
| <input type="radio"/> Schulnachricht/Zeugnis | <input type="radio"/> Lebenslauf und Motivationsschreiben |
| <input type="radio"/> Staatsbürgerschaftsnachweis | <input type="radio"/> gegebenenfalls: Vormundschaftsdekret |

ANMELDUNG für das Schülerheim der HBLA Sitzenberg (Zutreffendes ankreuzen)

ja

nein

Bei Aufnahme in die Lehranstalt gilt diese Anmeldung als verbindlich.

Bei freiwilligem Ausscheiden aus dem Schülerheim während des Schuljahres ist laut Erlass des BML der Schülerheimbeitrag bis Ende des dem Austrittstag folgenden Monats weiter zu bezahlen.

Ort, Datum	Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
------------	---

Angaben zum/zur Schüler/in:	Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen.
------------------------------------	---

	weiblich		männlich		inter/divers/offen	
--	----------	--	----------	--	--------------------	--

	Jahr		Monat		Tag	
Geburtsdatum:						

Geburtsort, Land:	
-------------------	--

Wohnadresse: Straße, Nr.:	
---------------------------	--

PLZ, Wohnort:							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

Staatsbürgerschaft:	<input type="radio"/> Österreich	<input type="radio"/> sonstige:	
---------------------	----------------------------------	---------------------------------	--

Muttersprache:	<input type="radio"/> Deutsch	<input type="radio"/> sonstige:	
----------------	-------------------------------	---------------------------------	--

Religion:	<input type="radio"/> röm.-kath.	<input type="radio"/> sonstiges:	
-----------	----------------------------------	----------------------------------	--

bisherige Schulbildung:

derzeit (oder zuletzt) besuchte Schulstufe:					Schulform:		siehe Legende am Seitenende
---	--	--	--	--	------------	--	--------------------------------

(wenn in einer höheren Schulstufe) In der 8. Schulstufe besuchte Schulform:							
---	--	--	--	--	--	--	--

Vorbildung (Anzahl der Jahre angeben):							
siehe Legende	VS	MS	PTS	AHS	BHS	LFS	SO

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

bisher erlernte Fremdsprache(n)		Jahre:		
		Jahre:		

Erziehungsberechtigte: (bitte ankreuzen!) *) wenn nicht die Eltern, Nachweis beilegen (Vormundschaftsdekret)

<input type="radio"/> Eigenberechtigte/r (über 18 J.)	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> sonstige*)	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> sonstige*)
---	-----------------------------	----------------------------------	------------------------------	----------------------------------

Familiename:	
--------------	--

Vorname(n):	
-------------	--

Akademischer Grad:	
--------------------	--

Beruf (für statistische Zwecke):	
----------------------------------	--

E-Mail-Adresse:	
-----------------	--

Erreichbar unter Telefonnummer:	
---------------------------------	--

Nur auszufüllen, wenn die Daten von den Schülerdaten abweisen:

Wohnadresse: Straße, Nr.:	
---------------------------	--

PLZ, Wohnort:							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

Legende:	
VS	Volksschule
MS	Mittelschule
PTS	Polytechnische Schule

AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
BHS	Berufsbildende höhere Schule
LFS	Landwirtschaftliche Fachschule
SO	Sonstige Schulformen

ELTERNFRAGEBOGEN

ZUR AUSSCHLIESSLICHEN VERWENDUNG FÜR DIE SCHULÄRZTIN

(bitte ebenfalls beilegen)

Geschätzte Eltern,
Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem verschlossenen Kuvert der Schulärztin übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen (durch Ankreuzen der zutreffenden Antwort) erleichtert die Arbeit der Schulärztin.

Schüler / Schülerin:	
Familienname:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Eltern / Erziehungsberechtigte:								
Namen:								
Anschrift:								
Telefon:								
Berufstätigkeit:	Vater:	ja	nein		Mutter:	ja	nein	

Geschwister:	Geburtsjahr: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
--------------	--

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

Infektionskrankheiten des Schülers / der Schülerin:										
Masern	ja		nein			Feuchtblattern	ja		nein	
Röteln	ja		nein			Gelbsucht	ja		nein	
Keuchhusten	ja		nein			Scharlach	ja		nein	
Mumps	ja		nein			Diphtherie	ja		nein	
Kinderlähmung	ja		nein			Sonstiges:	ja		nein	

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie z.B. häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem.

Bitte Zutreffendes unterstreichen. Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallsfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Wurde der Schüler / die Schülerin gegen Tuberkulose (BCG-) geimpft?	ja		nein	
---	----	--	------	--

Besteht im Besonderen:										
Asthma bronchiale	ja		nein			Häufiger Kopfschmerz	ja		nein	
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel)	ja		nein			Chron. Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	ja		nein	
Anfallsleiden	ja		nein			Sehfehler	ja		nein	
Zuckerkrankheit	ja		nein			Hörfehler	ja		nein	
Ohnmachtsneigung	ja		nein			Sprachfehler	ja		nein	
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, usw.)							ja		nein	

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____