

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) Höhere Bundeslehranstalt für Mode	<input type="checkbox"/> 3jährige (FW) Bundesfachschule für wirtschaftliche Berufe	
<input type="checkbox"/> 5jährige (HLW) Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe	<input type="checkbox"/> 1jährige (EFW) Bundesfachschule für wirtschaftliche Berufe	
<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/r Erziehungsberechtigten

Schüler/in:Vom/n Aufnahmebewerber/in in **BLOCKSCHRIFT** auszufüllen!

[1] Sozialversicherungsnr.:									
[2] Geschlecht:	männlich: <input type="checkbox"/> weiblich: <input type="checkbox"/> divers: <input type="checkbox"/>								
[3] Geburtsdatum:								Tag.Monat.Jahr	
Geburtsort:				Geburtsstaat:					
[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:				Wenn „Ohne Bekenntnis“ oder bei Abmeldung vom Religionsunterricht muss der Ethikunterricht besucht werden.					
	<input type="checkbox"/> Schüler/in wird den jeweiligen Religionsunterricht besuchen <input type="checkbox"/> Schüler/in wird sich vom Religionsunterricht abmelden und den Ethikunterricht besuchen								
[10] 9-jährige Schulpflicht vor Eintritt in die angestrebte Schule erfüllt! ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>									
Vorbildung (in Jahren):									
	VS	NMS	HS	AHS	PL	BHS	BMS	SO	
[11] Geschwister des/r Aufnahmebewerbers/in an der Lehranstalt, deren Besuch angestrebt wird: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>									

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 Mutter: Vater:
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

Liebe Eltern/Erziehungsberechtigte!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich im Sinne der DSGVO** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt** übermittelt werden.

Familienname der Schülerin/des Schülers _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): _____

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

Welche Impfungen hat die Schülerin/der Schüler erhalten?

FSME (Zecken): ja nein letzte Impfung am: _____

Masern, Mumps, Röteln (2x): ja nein

Hepatitis A/B: ja nein letzte Impfung am: _____

Varizellen (2x): ja nein

Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, Pertussis: ja nein letzte Impfung am: _____

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? _____

Benötigt die Schülerin/der Schüler Notfallmedikamente? ja nein

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

Gibt oder gab es psychologische/psychotherapeutische Betreuung (Depression, Angststörungen, ADHS,...) ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____