

ANMELDUNG

Daten der Schülerin/des Schülers		
Zu- und Vorname:		
PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer, Bezirk		

Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnummer:	Geburtsort:
Religionsbekenntnis:	Staatsbürgerschaft:	Muttersprache:

Vorbildung – Anzahl der Jahre angeben:							
___ Jahre	___ Jahre	___ Jahre	___ Jahre	___ Jahre	___ Jahre	___ Jahre	___ Jahre
Vorschule	VS	NMS	Polytechn.	AHS	BMS	BHS	Sonstiges
Ist die 9-jährige Schulpflicht vor dem Eintritt in die BAfEP bereits erfüllt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
Zuletzt besuchte Schule:							

Daten der /des Erziehungsberechtigten		
<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Name:	Beruf:	Anschrift:
Telefonnummer:		E-Mail:

<p>BEILAGEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde (Kopie) <input type="checkbox"/> Taufbestätigung (Kopie) <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie) <input type="checkbox"/> Lebenslauf <input type="checkbox"/> Österr. Schwimmschein: Fahrten- od. Allround (Kopie) <u>oder</u> eine Bestätigung der entsprechenden Schwimmfähigkeiten <input type="checkbox"/> Schulnachricht zum Semester im <u>Original + Kopie</u> der derzeit besuchten Schulstufe bis spätestens 19. Febr. 2021. Das Jahreszeugnis wird am Ende des Schuljahres vorgelegt.
--

Das **Anmeldeformular mit den Beilagen** ist bis spätestens **15. Jänner 2021** im Sekretariat der Schule vorzulegen. Die **Eignungsprüfung** kann unabhängig von der Schulnachricht am **21. Jänner 2021**, absolviert werden. Eine Abmeldung kann nur noch schriftlich erfolgen.

Die Erziehungsberechtigten stimmen mit ihrer Unterschrift zu, dass für die organisatorische Abwicklung des Aufnahmeverfahrens personenbezogene Daten vorübergehend elektronisch gespeichert werden.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

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.

Zu- und Vorname der Schülerin/des Schülers _____

Geschlecht: männlich weiblich Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ): _____

Name und Anschrift der 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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Keuchhusten:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Scharlach:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Röteln:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Windpocken (Schafblattern):	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	sonstige:	_____
Mumps:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gelbsucht:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Häufiger Kopfschmerz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-, Insektenallergie)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sehfehler	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hörfehler:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sprachfehler:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

_____ Datum:

_____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten:

Eignungsprüfung 2021

Zu- und Vorname des Aufnahmewerbers: (in Blockschrift)

Sozialversicherungsnummer des Aufnahmewerbers:

ERKLÄRUNG DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass gemäß § 6 Abs. 2 des Schulunterrichtsgesetzes, BGBl. Nr. 139/1974 in der derzeit gültigen Fassung, eine für eine bestimmte Schulart abgelegte Aufnahmeprüfung für dasselbe Schuljahr nicht wiederholt werden darf.

Gemäß § 8 des obzit. Gesetzes berechtigt die erfolgreiche Ablegung einer Aufnahmeprüfung – bei Erfüllung der sonstigen Aufnahmevoraussetzungen - 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 Aufnahmewerber jedoch zur nochmaligen Ablegung der Aufnahmeprüfung in den beiden folgenden Schuljahren berechtigt. Macht ein Aufnahmewerber von diesem Recht Gebrauch, so ist dem Aufnahmeverfahren jeweils das bessere Prüfungsergebnis zugrunde zu legen.

*Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer **positiven Eignungsprüfung** der Name meines Sohnes/meiner Tochter auf der Schulhomepage veröffentlicht wird.*

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Ort, Datum