

## ANMELDEBOGEN für Aufnahmsbewerber der HBLA-Sitzenberg

- Erstwunschschnule: .....
- Zweitwunschschnule: .....
- Drittwunschschnule: .....

Bitte eintragen!

Zutreffendes ankreuzen

### Vom Aufnahmebewerber auszufüllen!

Familienname: ..... Vorname(n) (lt. Geburtsurkunde): .....

wird angemeldet für die **5-jährige** Höhere Bundeslehranstalt.

### Beigelegte bzw. vorgewiesene Urkunden:

- Geburtsurkunde                       Meldezettel                       Staatsbürgerschaftsnachweis
- Schulnachricht/Zeugnis                       Vormundschaftsdekret                       Lebenslauf

**Semesterzeugnis bitte sofort an die Schule schicken.**

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen,  Zutreffendes 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 (Schülerberater) 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 das selbe Schuljahr nicht wiederholt werden darf**.

Gemäß § 8 des obcit. 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 Aufnahmebewerber jedoch zur nochmaligen Ablegung der Aufnahmeprüfung in den beiden Schuljahren berechtigt, die jenen, für das die Prüfung abgelegt wurde, folgen; macht ein Aufnahmebewerber von diesem Recht Gebrauch, so ist dem Aufnahmeverfahren jeweils das bessere Prüfungsergebnis zu Grunde zu legen.

Ort

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

## Persönliche Daten

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen untenstehende Legende zu 9., 10. und 12

### SCHÜLER/IN:

1.  männlich  weiblich
2. Geburtsdatum/-ort: .....
3. PLZ, Wohnort: .....
4. Straße, Nr.: .....
5. E-Mail-Adresse: .....
6. Bezirk: .....
7. Wohngemeindeamt: .....
8. Staatsbürgerschaft: .....
9. Muttersprache/Religion: .....
10. Schüler versichert bei: Vers.-Anstalt:..... Vers.-Nr. (+Geb.-Dat.).....  
mitversichert bei:  
Vater  Vers.-Anstalt:..... Vers.-Nr. (+Geb.-Dat.).....  
Mutter  Vers.-Anstalt:..... Vers.-Nr. (+Geb.-Dat.).....
11. in der 8. Schulstufe besuchte Schulform: .....
12. derzeit (oder zuletzt) besuchte Schulform: .....
13. 9-jährige Schulpflicht vor Eintritt in die angestrebte Schule erfüllt: .....  Ja  Nein
14. Vorbildung (Anzahl der Jahre angeben, vergl. Legende):  
VS..... HS..... PL..... AHS..... BMS..... BHS..... SO.....
15. Welche Fremdsprachen wurden gelernt?  
..... Jahre: .....  
..... Jahre: .....
16. Im Falle eines Atomunfalls darf vom Schularzt Kalium-Jodid verabreicht werden:  Ja  Nein
17. Ich bin einverstanden, dass Fotos meiner Tochter / meines Sohnes von diversen Schulveranstaltungen zur Berichterstattung verwendet werden:  Ja  Nein
18. Aufnahme in das Schülerheim der HBLA-Sitzenberg:  Ja  Nein

### ERZIEHUNGSBERCHTIGTE:

19.  eigenberechtigt  Vater  Mutter  Heimleiter  Großvater  Großmutter  Jugendamt  Sonst.
20. Vorname: Vater ..... Mutter .....
21. akad. Grad/Beruf: .....
22. Telefonnummer: .....

**Die folgenden Punkte sind nur auszufüllen, wenn die Daten von den Schülerdaten abweichen:**

23. Familienname: .....
24. Straße, Nr.: ..... PLZ, Wohnort: .....

### Legende zu 9., 10. und 12.

VS	Volksschule	AHS	Allgemeinbildende höhere Schule	SO	Sonstige Schulformen
HS	Hauptschule	BHS	Berufsbildende höhere Schule		
PL	Polytechnischer Lehrgang	BMS	Berufsbildende mittlere Schule		

**ELTERNFRAGEBOGEN ZUR AUSCHLIESSLICHEN VERWENDUNG DES SCHULARZTES**

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

Schüler / Schülerin:	Familiename: _____ Vorname: _____	
	Geburtsdatum: _____	
	Anschrift: _____	
Eltern / Erziehungsberechtigte:	Namen: _____	
	Anschrift: _____	
	Telefon: _____	
	Berufstätigkeit:	Vater: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein      Mutter: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Geschwister:	Geburtsjahr: _____ / _____ / _____ / _____ / _____	

Sind die Eltern zuckerkrank?	Vater: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Mutter: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind die Eltern übergewichtig?	Vater: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Mutter: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Infektionskrankheiten des Schülers / der Schülerin:								
Masern	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Mumps	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Scharlach	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Röteln	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Feuchtblattern	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Diphtherie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Keuchhusten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Gelbsucht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Kinderlähmung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten (Zutreffendes unterstreichen): z.B. häufig Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem? Nähere Angaben: _____ _____
Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____
Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Wenn ja, welche? _____ _____

Wurde der Schüler / die Schülerin gegen Tuberkulose (BCG-) geimpft?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
---	---

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

Datum

Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten