

Vom Aufnahmebewerber in **Blockschrift** auszufüllen ☒ zutreffendes ankreuzen
Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen untenstehende Legende zu ¹⁾ und ²⁾

ANMELDEBOGEN für das Schuljahr _____

Schüler/in: _____

Nachname Vorname(n) lt Geburtsurkunde

Aufnahmebewerber/in für die

☐ Höhere Lehranstalt für Sozialmanagement

☐ Fachschule für Sozialberufe

Geschlecht: _____

¹⁾SVNr., Geburtsdatum/-ort: _____,

PLZ, Wohnort, Straße, Nr.: _____

Tel. Nr. (Schüler/in): _____

in der 8. Schulstufe (= 4. Klasse MS oder AHS) besuchte Schulform: _____

derzeit (oder zuletzt) besuchte Schulform: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Muttersprache: _____

Alltagssprache: _____

Religion: _____

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

²⁾Vorbildung:

☒ VS ☐ MS ☐ PTS ☐ AHS ☐ SONST: _____

Aufnahme ins Internat erwünscht? ☐ ja ☐ nein

Erziehungsberechtigte:

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige: _____

persönl. Angaben	☐ Mutter	☐ sonstig. EZB	☐ Vater	☐ sonstig. EZB
Vorname:				
Zuname:				
Telefonnr.:				
PLZ, Wohnort Straße, Nr.:				
E-Mail:				

Legende zu ¹⁾ und ²⁾

SVNr. Sozialversicherungsnummer

VS Volksschule

AHS Allgemeinbildende höhere Schule

MS Mittelschule

PTS Polytechnische Schule

SONST Sonstige Schulformen - bitte anführen

Für die Aufnahme erforderliche Dokumente:

- | | |
|---|---|
| ☒ Geburtsurkunde (Kopie) | ☒ Schulnachricht (Original) |
| ☒ Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie) | ☒ Lebenslauf mit Foto |

Als Grundlage für das Aufnahmegespräch ist der ☒ **Anmeldebogen** mit den oben angeführten Unterlagen mitzubringen.

Angaben der Erziehungsberechtigten zum Gesundheitszustand des/der Aufnahmebewerbers/in:

Bestanden oder bestehen Erkrankungen an

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ Herz | ☐ Kreislauf | ☐ Magen | ☐ Darm |
| ☐ Lunge | ☐ Niere | ☐ Harnwegen | ☐ Haut |
| ☐ Nervensystem | | | |

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche?

Weiters:

- | | |
|---|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Anfallsleiden |
| ☐ Asthma bronchiale | ☐ Allergien |
| ☐ häufiger Kopfschmerz | ☐ Sehfehler |
| ☐ Hörfehler | ☐ Sprachfehler |

Sonstige Auffälligkeiten: _____

Unterschrift der Eltern
(Erziehungsberechtigten): _____

Unterschrift des/der Aufnahmebewerbers/in: _____

Datum