



3-jährige Fachschule für
wirtschaftliche Berufe

Anmeldebogen für BewerberInnen an der Dreijährigen Fachschule für wirtschaftliche Berufe (FSW)

Familienname: _____

Vorname(n): _____

Versicherungsnummer: _____

Datum der Einschulung (1. Schultag Volksschule) _____ (TT.MM.JJJJ)

E-mail Erziehungsberechtigte/r: _____

Erklärungen der/des Erziehungsberechtigten: Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass eine abgelegte Aufnahmeprüfung für dasselbe Schuljahr nicht wiederholt werden darf.

_____ Datum

_____ Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Beilagen:

- Semesterzeugnis der 8. Schulstufe Original + Kopie
- Jahreszeugnis der 7. Schulstufe (Kopie)
- Lebenslauf mit Foto

**Die Anmeldung muss persönlich oder durch die/den
Erziehungsberechtigte/n in der Schule erfolgen.**





Bitte in Blockschrift ausfüllen!

Schüler/in:	<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen! Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen untenstehende Legende zu ☉, ☎ und ☏	
1. Geschlecht:	weiblich: <input type="checkbox"/>	männlich: <input type="checkbox"/>
2. Geburtsdatum/-ort:	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	
3. PLZ, Wohnort:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Straße, Nr.:	<input type="text"/>	
5. in der 8. Schulstufe besuchte Schulform:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
6. derzeit (oder zuletzt) besuchte Schulform:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
7. Staatsbürgerschaft:	<input type="text"/>	
8. Muttersprache/Religion:	<input type="text"/> / <input type="text"/>	
9. 9jährige Schulpflicht vor Eintritt in die angestrebte Schule erfüllt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Vorbildung (Anzahl der Jahre angeben):	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> NMS <input type="checkbox"/> PL <input type="checkbox"/> AHS <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> BHS <input type="checkbox"/> SO	<input type="text"/>
11. Welche Fremdsprache(n) wurde(n) gelernt?	<input type="text"/>	Jahre: <input type="text"/>
	<input type="text"/>	Jahre: <input type="text"/>
12. Erziehungsberechtigte:		
Eigenberechtigt	Mutter	Vater
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heimleitung	Großmutter	Großvater
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendamt	sonstiges	<input type="checkbox"/>
13. Vorname(n):	<input type="text"/>	
14. akademischer Grad:	<input type="text"/>	
15. erreichbar unter Telefonnummer:	Vorwahl <input type="text"/> 0 <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Die folgenden Punkte sind nur auszufüllen, wenn die Daten von den SchülerInnen-Daten abweichen:		
16. Familienname:	<input type="text"/>	
17. Straße, Nr.:	<input type="text"/>	
18. PLZ, Wohnort:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
19. Telefonnummer:	0 <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Legende zu ☉, ☎ und ☏: V Volksschule NMS Neue Mittelschule PL Polytechnischer Lehrgang AHS Allgemeinbildende höhere Schule BHS Berufsbildende höhere Schule BMS Berufsbildende mittlere Schule SO Sonstige Schulformen		



Einverständniserklärung

Verwendung von Foto- und/oder Filmaufnahmen

Hiermit erteile/n ich/wir als Erziehungsberechtigte/r von _____ die jederzeit widerrufliche Genehmigung, dass die von unserer/unserem Tochter/Sohn im Zusammenhang mit dem Schulleben gemachten Foto- und Filmaufnahmen von den Bundesschulen Fohnsdorf ausschließlich für schulische Zwecke verwendet werden dürfen.

Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigte/n

Datum:

Unterschrift:





Nachmittagsbetreuung



Qualitätsvolle Lernbetreuung für Schülerinnen und Schüler der ersten und zweiten Klassen.

Je nach Bedarf ein bis viermal pro Woche von 13:00 bis 16:00 Uhr!

Programm:

- ✓ gemeinsames Mittagessen
- ✓ Unterstützung bei den Hausaufgaben
- ✓ individuelle Lerneinheit
- ✓ Bewegung, Konzentration, Entspannung

Lernen und Arbeiten in der Gemeinschaft, betreut von schulinternen Lernbetreuerinnen!

(mindestens 10 Anmeldungen erforderlich)

Kosten: € 3,00 (Mittagessen)

Dir.ⁱⁿ Mag.^a Michaela Karner

Name der Schülerin/des Schülers: _____

Unverbindliche Anmeldung (Zutreffendes bitte ankreuzen!):

Ja

Nein



Elternfragebogen**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.

Familienname der Schülerin/des Schülers _____ Vorname: _____

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

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsrechtigten): _____

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 nein Keuchhusten: ja nein Scharlach: ja nein

Röteln: ja nein Windpocken (Schafblattern): ja nein sonstige: _____

Mumps: ja nein Gelbsucht: ja nein 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 nein Häufiger Kopfschmerz ja nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, ja nein Chronische Mittelohrentzündung ja nein

Arzneimittel-, Insektenallergie) ja nein (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

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____