



Höhere Lehranstalt für  
wirtschaftliche Berufe

## Anmeldebogen für BewerberInnen an der Fünfjährigen Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe (HLW)

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.**



innovationsRegion Murtal  
ZIRBENLAND AICHFELD MURBODEN



Schnedl+Partner  
Marktkommunikation



Bitte in Blockschrift ausfüllen!

<b>Schüler/in:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen! Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen untenstehende Legende zu ⑤, ⑥ und ⑦	
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	
11. Welche Fremdsprache(n) wurde(n) gelernt?	<input type="text"/>	Jahre: <input type="text"/>
	<input type="text"/>	Jahre: <input type="text"/>
<b>12. Erziehungsberechtigte:</b>		
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"/>	<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"/>	
<b>Die folgenden Punkte sind nur auszufüllen, wenn die Daten von den SchülerInnen-Daten abweichen:</b>		
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 ⑤, ⑥ und ⑦:	AHS BHS BMS SO	Allgemeinbildende höhere Schule Berufsbildende höhere Schule Berufsbildende mittlere Schule Sonstige Schulformen
V	Volksschule	
NMS	Neue Mittelschule	
PL	Polytechnischer Lehrgang	



## 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.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Michaela Karner

Name der Schülerin/des Schülers: \_\_\_\_\_

Unverbindliche Anmeldung (Zutreffendes bitte ankreuzen!):

Ja

Nein



innovationsRegion Murtal  
ZIRBENLAND · AICHFELD · MURBODEN



Schnedl+Partner  
Marktkommunikation

**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 (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  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): \_\_\_\_\_