

# Anmeldebogen Holztechnikum Kuchl

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

Vorname(n) lt. Geburtsurkunde: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr. HTK \_\_\_\_\_

Anmeldung für die  5-jährige HTL für Wirtschaftsingenieure / Holztechnik  
 4-jährige Fachschule für Holzwirtschaft

mit Unterbringungsstatus als:  Internatsschüler/in (Schule, Vollverpflegung und Internat)  
 Tagesheimschüler/in (Schule und Mittagessen)  
 Externe/r Schüler/in (nur Schule, keine Verpflegung)

Erforderliche Dokumente beigelegt:

Bereits am HTK geschnuppert?  Ja  Nein

BITTE NUR IM **ORIGINAL**:  Semester-Schulnachricht

BITTE NUR **KOPIEN** von:  Geburtsurkunde  Meldezettel  Staatsbürgerschaftsnachweis (od. Reisepass)  
 (Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen)

## Persönliche Daten des Schülers/der Schülerin

Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Jahr der 1. Einschulung \_\_\_\_\_ Religionsbek. \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Wohnadresse \_\_\_\_\_

Derzeit (zuletzt) besuchte Schule (Name, PLZ und Ort) \_\_\_\_\_ Wenn mögl.: Schulkennzahl \_\_\_\_\_

HS  NMS  AHS  Poly  Sonstige \_\_\_\_\_ Schulstufe: \_\_\_\_\_

9-jährige Schulpflicht erfüllt? JA  NEIN

## Daten der/des Erziehungsberechtigten

**Vater:** Titel \_\_\_\_\_ Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_ Festnetz \_\_\_\_\_

Private Mail-Adresse \_\_\_\_\_  POSTEMPFÄNGER\*?  ja  nein

**Mutter:** Titel \_\_\_\_\_ Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_ Festnetz \_\_\_\_\_

Private Mail-Adresse \_\_\_\_\_  POSTEMPFÄNGER\*?  ja  nein

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

ZWEITWUNSCH-SCHULE?  ja  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

DRITTWUNSCH-SCHULE?  ja  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Wichtiger Hinweis:** Es handelt sich erst dann um eine definitive Anmeldung, wenn die Original-Semesterschulnachricht im Holztechnikum vorliegt! Bis dahin gilt diese Anmeldung als Bewerbung. \*) **Postempfänger:** Bitte nur EINEN Postempfänger mit „ja“ ankreuzen, danke!

**Erklärung des/der 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 dasselbe Schuljahr nicht wiederholt werden darf.

## Elternfragebogen für den Schularzt

**Liebe Eltern!** Dieser Fragebogen wird vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung empfohlen, ist ausschließlich für den Schularzt bestimmt und wird nur vom Schularzt nach den gesetzlichen Bestimmungen verwaltet. Wir ersuchen Sie, durch vollständiges Ausfüllen die Arbeit des Schularztes zu erleichtern.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname d. Schülers(in): \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Soz.Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Eltern (des/der Erziehungsberechtigten): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Mobil)Telefon: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit der Eltern: Vater:  ja  nein Mutter:  ja  nein

Geburtsjahr(e) 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 d. Schüler(in) durchgemacht?

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	Windpocken (Schafblattern)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sonstige:	
Keuchhusten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Gelbsucht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	-----	

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 d. Schüler(in) gegen FSME geimpft?  ja  nein Letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

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-, Insektenallergie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sehfehler	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hörfehler	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Anfallsleiden	<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/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_