

Anmeldebogen Holztechnikum Kuchl

Familienname des Schülers/der Schülerin: _____

Vorname(n) lt. Geburtsurkunde: _____

Lfd. Nr. HTK _____

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.

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 sind 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 _____ Geb.-Datum/-Ort _____

Jahr der 1. Einschulung _____ Religionsbekenntnis _____

Staatsbürgerschaft _____ Muttersprache _____

PLZ und Wohnort _____ Wohnadresse _____

Derzeit (zuletzt) besuchte Schule (Name, PLZ und Ort) _____ 6-stellige Schulkennzahl _____

HS NMS AHS Poly Sonstige _____ Schulstufe: ____

9-jährige Schulpflicht erfüllt? JA NEIN

Daten der/des Erziehungsberechtigten

VATER: Titel _____ Familienname _____ Vorname _____

Beruf _____ Mobiltelefon _____ Festnetz _____

E-Mail _____ POST/MAILEMPFÄNGER*)? ja nein

MUTTER: Titel _____ Familienname _____ Vorname _____

Beruf _____ Mobiltelefon _____ Festnetz _____

E-Mail _____ POST/MAILEMPFÄNGER*)? ja nein

Ort, Datum _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten _____

ZWEITWUNSCH-SCHULE? ja nein

Wenn ja, welche: _____

***) Post/Mailempfänger: Bitte nur EINEN Hauptempfänger mit „ja“ ankreuzen, danke! Post- und Mailempfänger = ident!**

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. Mit meiner Unterschrift stimme ich der automatisierten Verarbeitung und ggf. erforderlichen Weitergabe der Schüler/innendaten zu.

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="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mumps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Windpocken (Schafblattern)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstige:		
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-, Insektenallergie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sehfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hörfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Datum: _____ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: _____