



Anmeldeformular Aufbaulehrgang

SCHÜLER/IN	Familiennamen (Schüler/in)		Vorname(n) (Schüler/in)		SVNR		Geburtsdatum			
	Straße:			PLZ/Ort:						
	Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich		Telefon:			E-Mail:				
	Staatsbürgerschaft:				Religionsbekenntnis:					
		Muttersprache:				Zuletzt besuchte Schule:				

SCHULWUNSCH	Schule		Schulform / Fachrichtung (bitte ankreuzen)	
	1	BFW+AL Wörgl	Vertiefung: ☐ Sozialmanagement ☐ Hotellerie- & Gastronomiemanagement	

ERZIEHUNGS- BERECHTIGTE/-R	Familiennamen Erziehungsberechtigte/-r		Vorname Erziehungsberechtigte/-r	
	Straße:		PLZ/Ort:	
	Telefonnummer:		Beruf:	
	E-Mail:			

Ich erkläre mich mit der EDV-mäßigen Erfassung und Verarbeitung dieser persönlichen Daten ausdrücklich einverstanden. Ich stimme zu, dass bei einem Schulwechsel die personenbezogenen Grunddaten an die aufnehmende Schule übermittelt werden bzw. von der abgebenden Schule übernommen werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift eigenberechtigte/r Schüler/in

Eingangsstempel:

- ☐ Geburtsurkunde

☐ Gesundheitsfragebogen

☐ Staatsbürgerschaftsnachweis

☐ Schulnachricht

☐ Aufnahmeinformation (nur für Vertiefung Hotel- & Gastronomiemanagement)

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: _____

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,

Chronische Mittelohrentzündung

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): _____