

Anmeldeformular Aufbaulehrgang

SCHÜLER/IN	Familiename Schüler/in		Vorname(n) Schüler/in		SVNR		Geburtsdatum					
	PLZ/Ort			Straße								
	Geschlecht		Telefon			E-Mail						
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich											
	Geburtsort					Staatsbürgerschaft						
	Religion					Muttersprache						
	Zuletzt besuchte Schule											
Alternativer Pflichtgegenstand (bitte ankreuzen)												
<input type="checkbox"/> Gastronomie und Hotellerie (HOGA) <small>(nur für Schüler ohne Ausbildung Ernährungslehre, Küche und Service)</small>					<input type="checkbox"/> Sozialmanagement/Fit for Life (SOMA) <small>mit Junior-Company (UDLM)</small>							

Erziehungsberechtigte/-r	Familiename Erziehungsberechtigte/-er		Vorname Erziehungsberechtigte/-er	
	Straße		PLZ/Ort	
	Telefon		E-Mail	
	Handynummer			
	Beruf			

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 des/der volljährigen Schülers/in

Eingangsstempel:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde | <input type="checkbox"/> Schulschein |
| <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis | <input type="checkbox"/> Gesundheitsfragebogen |

INFORMATIONSBLATT

Aufbaulehrgang für wirtschaftliche Berufe

TERMINE ZUR ANMELDUNG:	Mo, 12. Februar – Fr, 16. Februar 2024 (Ferien) 08:00 bis 12:00 Uhr Mo, 19. Februar – Fr, 01. März 2024 08:00 bis 12:00 Uhr
-------------------------------	--

Erforderliche Beilagen und Informationen für externe Schüler:

- ✓ **Geburtsurkunde (Kopie)**
- ✓ **Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)**
- ✓ **Kopie der Schulnachricht**
- ✓ **Gesundheitsfragebogen (in einem verschlossenen Kuvert mit Namensangabe)**

Ab Mittwoch, **20. März 2024** informieren wir Sie über eine vorläufige Aufnahme an unserer Schule.

Der Schulplatz ist unter der Voraussetzung, dass Ihr Kind nach Vorliegen des Jahreszeugnisses die gesetzlichen Aufnahmevoraussetzungen erfüllt, gesichert.

Nach Abschluss, spätestens aber von **5. Juli bis 12. Juli 2024 von 8:00 - 12:00 Uhr**, muss das

Original-Abschlusszeugnis der **zuletzt besuchten Schule** im Sekretariat abgegeben werden.

Stundentafel

Aufbaulehrgang mit Matura

Ausbildungsschwerpunkte Sozialmanagement und Fit for Life
 SOMA/Fit for Life

Pflichtgegenstände	Wochenstunden			
	I.	II.	III.	Gesamt
1. Religion/Ethik	2	2	2	6
2. Sprache und Kommunikation				
2.1 Deutsch	3	2	2	7
2.2 Englisch	4	3	3	10
2.3 Zweite lebende Fremdsprache (ITAL)	4	4	4	16
3. Gesellschaft, Kunst und Kultur				
3.1 Geschichte, politische Bildung und Recht	2	1	1	4
3.2 Psychologie und Philosophie	-	1	1	2
3.3 Musik, bildnerische Erziehung und kreativer Ausdruck	2	2	-	4
4. Wirtschaft				
4.1 Globalwirtschaft, Volkswirtschaft und Wirtschaftsgeographie	3	-	-	3
4.2 Betriebswirtschaft und Projektmanagement	1	2	2	5
4.3 Rechnungswesen und Controlling	3	2	3	8
4.4 Officemanagement und angewandte Informatik	-	-	2	2
5. Mathematik, Naturwissenschaften und Ernährung				
5.1 Angewandte Mathematik	4	3	3	10
5.2 Naturwissenschaften	-	2	2	4
5.3 Ernährungslehre und Lebensmitteltechnologie	-	2	2	4
6. Bewegung und Sport	2	2	1	5
7. Unternehmens- und Dienstleistungsmanagement	-	4	-	4
8. Sozialmanagement/Fit for Life	4	3	4	11
Gesamtwochenstundenanzahl	35	35	32	105

Pflichtpraktikum:

Insgesamt 2 Monate zwischen der I. und der III. Klasse

Stundentafel

Aufbaulehrgang mit Matura

Ausbildungsschwerpunkt Hotellerie und Gastronomie
 HOGA

Pflichtgegenstände	Wochenstunden			
	I.	II.	III.	Gesamt
1. Religion/Ethik	2	2	2	6
2. Sprache und Kommunikation				
2.4 Deutsch	3	2	2	7
2.5 Englisch	4	3	3	10
2.6 Zweite lebende Fremdsprache (ITAL)	4	4	4	16
3. Gesellschaft, Kunst und Kultur				
3.4 Geschichte, politische Bildung und Recht	2	1	1	4
3.5 Psychologie und Philosophie	-	1	1	2
3.6 Musik, bildnerische Erziehung und kreativer Ausdruck	2	2	-	4
4. Wirtschaft				
4.5 Globalwirtschaft, Volkswirtschaft und Wirtschaftsgeographie	3	-	-	3
4.6 Betriebswirtschaft und Projektmanagement	1	2	2	5
4.7 Rechnungswesen und Controlling	3	2	3	8
4.8 Officemanagement und angewandte Informatik	-	-	2	2
5. Mathematik, Naturwissenschaften und Ernährung				
5.3 Angewandte Mathematik	4	3	3	10
5.4 Naturwissenschaften	-	2	2	4
5.3 Ernährungslehre und Lebensmitteltechnologie	-	2	2	4
6. Bewegung und Sport	2	2	1	5
7. Küchen- und Restaurantmanagement	3	5	5	13
8. Ernährung und Betriebsorganisation	2	-	-	2
Gesamtwochenstundenanzahl	35	33	33	101

Pflichtpraktikum:

Insgesamt 2 Monate zwischen der I. und der III. Klasse

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigten!

Ihre Angaben sind ausschließlich für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt und sollen im Interesse des Kindes in einem verschlossenen Kuvert an die Schulärztin/den Schularzt übermittelt werden.

Name: _____ Vorname: _____

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

Bestanden oder bestehen bei Ihrem Kind Erkrankungen wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwege, Haut oder Nervensystem? (bitte zutreffendes unterstreichen)

nähere Angaben: _____

Leidet ihr Kind unter Allergien? Nein Ja gegen: _____

Bestehen im Besonderen (bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> häufige Ohrenentzündungen | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung |
| <input type="checkbox"/> Sehfehler/Brille | <input type="checkbox"/> Hörfehler | <input type="checkbox"/> Sprachfehler |

Regelmäßige Medikamenteneinnahme nein ja: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen? _____

Auffälligkeiten (Schlafstörungen, Schnarchen, Bettnässen u.s.w.) nein ja

wenn ja, welche: _____

Hatte ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Infektionserkrankungen:

- | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Windpocken (Schafblattern) | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Mumps |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Impfungen

Sollten Unsicherheiten in Bezug auf den Impfstatus bestehen ersuchen wir Sie, Ihrem Kind zur schulärztlichen Untersuchung den Impfpass mitzugeben.

-
- Mein Kind hat keine Impfungen erhalten

Grundimmunisierung mit 6-Fach-Impfstoff (Diphtherie, Polio, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis B, Haemophilus I.)
zumindest 3 x erfolgt? ja nein unbekannt

Auffrischung 4-fach Impfung (Diphtherie, Polio, Tetanus, Keuchhusten) zwischen 7. Und 9. Lebensjahr erfolgt?

-
- ja
-
- nein
-
- unbekannt

FSME (Zecken), zumindest 3 x erfolgt? ja nein Letzte Impfung im Jahr: _____Hepatitis A Impfung 1x 2x keine ImpfungMasern/Mumps/Röteln 1x 2 x keine ImpfungVaricellen (Schafblattern) 1x 2x keine Impfung

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____ Datum: _____