

Anmeldebogen Aufbaulehrgang Schuljahr 2016/17

SCHÜLER/IN	Familienname		Vorname(n)		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 (für Schüler ohne Ausbildung Ernährungslehre, Küche und Service)						<input type="checkbox"/> Sozialmanagement/Fit for Life mit Junior-Company (UDLM)					

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

Ich erkläre mich mit der EDV-mäßigen Erfassung und Verarbeitung dieser persönlichen Daten ausdrücklich einverstanden.

 Ort, Datum

 Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

 Unterschrift des/der volljährigen Schülers/in

Eingangsstempel:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde | <input type="checkbox"/> Schulnachricht |
| <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis | <input type="checkbox"/> Elternfragebogen |

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in **einem Kuvert verschlossen dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.

Familienname d. Schülers(in) _____ Vorname _____

Geschlecht: weiblich männlich Geburtsdatum: _____

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Telefon: _____

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

Geburtsjahr der Geschwister: _____

Sind die Eltern zuckerkrank? Mutter: ja nein
Vater: ja nein

Welche Infektionskrankheiten hat d. Schüler(in) durchgemacht?

Windpocken (Feucht-/Schafblattern) ja nein
Scharlach ja nein
Sonstiges: _____

Bestanden oder bestehen anderer Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkschmerzen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Nieren, Harnwege, Haut, Nervensystem. **Bitte zutreffendes unterstreichen.**

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamente? ja nein
welche: _____

Wurde d. Schüler(in) gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein
letzte Impfung am: _____

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen durchgeführt? ja nein

Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitgeben!

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)	<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, Bettnässe, häufiges Erbrechen usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Sonstige Auffälligkeiten: _____

Datum _____ Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten) _____