



**Humanberufliche Schulen
 Fachschule für wirtschaftliche Berufe
 Aufbaulehrgang**

Innsbrucker Straße 34a, 6300 Wörgl
 Tel.: 05332/73212 Fax: 05332/73212-25
bfs-woergl@tsn.at www.bfs-woergl.at

Anmeldebogen Aufbaulehrgang
Schuljahr 2016/17

SCHÜLER/IN	Familienname	Vorname(n)	SVNR	Geburtsdatum	
	PLZ/Ort		Straße		
	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Telefon	E-Mail		
	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 ja nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel) ja nein

Zuckerkrankheit ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein

Anfallsleiden ja nein

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässe, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

Häufiger Kopfschmerz ja nein

Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung) ja nein

Sehfehler ja nein

Hörfehler ja nein

Sprachfehler ja nein

ja nein

Datum

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten)