

Anmeldeformular Aufbaulehrgang

SCHÜLER/IN	Familienname Schüler/in		Vorname(n) Schüler/in		SVNR		Geburtsdatum					
	PLZ/Ort				Straße							
	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich		Telefon				E-Mail					
	Geburtsort						Staatsbürgerschaft					
	Religion						Muttersprache					
	Zuletzt besuchte Schule											
	Alternativer Pflichtgegenstand (bitte ankreuzen)											
Gastronomie und Hotellerie (nur für Schüler ohne Ausbildung Ernährungslehre, Küche und Service)						Sozialmanagement/Fit for Life mit Junior-Company (UDLM)						

Erziehungsberechtigte/-r	Familienname 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:

- ☐ Geburtsurkunde

☐ Staatsbürgerschaftsnachweis

- ☐ Schulschlichtung

☐ Gesundheitsfragebogen

INFORMATIONSBLATT

Aufbaulehrgang für wirtschaftliche Berufe

TERMINE ZUR ANMELDUNG:	Mo, 10. Februar + Di, 11. Februar 2020	08:00 bis 12:00 Uhr
	Mo, 18. Februar – Fr, 28. Februar 2020	08:00 bis 12:00 Uhr

Erforderliche Beilagen für externe Schüler:

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

Studentafel Aufbaulehrgang mit Matura

Pflichtgegenstand	Wochenstunden/Klassen		
	1.	2.	3.
Religion/Ethik	2	2	2
Deutsch	3	2	2
Englisch	4	3	3
Italienisch	4	4	4
Globalwirtschaft, Volkswirtschaft und Wirtschaftsgeographie	3	-	-
Betriebswirtschaft und Projektmanagement	1	2	2
Rechnungswesen und Controlling	3	2	3
Officemanagement und angewandte Informatik	-	-	2
Geschichte, politische Bildung und Recht	2	1	1
Psychologie und Philosophie	-	1	1
Musik, bildnerische Erziehung und kreativer Ausdruck	2	2	-
Angewandte Mathematik	4	3	3
Naturwissenschaften	-	2	2
Ernährungslehre und Lebensmitteltechnologie	-	2	2
Bewegung und Sport	2	2	1
Wochenstundenanzahl	30	28	28
• Alternative Pflichtgegenstände: Gastronomie- und Hotellerie			
Küchen- und Restaurantmanagement	3	5	5
Ernährung und Betriebsorganisation	2	-	-
Gesamtwochenstundenanzahl	35	33	33
• Alternative Pflichtgegenstände Unternehmens-Dienstleistungsmanagement/Seminare			
Unternehmens- und Dienstleistungsmanagement	-	4	-
Sozialmanagement/Fit for Life	5	3	3
Gesamtwochenstundenanzahl	35	35	31

Pflichtpraktikum: Insgesamt 2 Monate zwischen der 1. und der 3. 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):

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Zuckerkrankheit | ☐ Asthma bronchiale | ☐ Anfallsleiden (Epilepsie) |
| ☐ häufige Kopfschmerzen | ☐ häufige Ohrenentzündungen | ☐ Ohnmachtsneigung |
| ☐ Sehfehler/Brille | ☐ Hörfehler | ☐ 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:

- | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Windpocken (Schafblattern) | ☐ Masern | ☐ Röteln | ☐ 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: _____