

## 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											
<b>Alternativer Pflichtgegenstand (bitte ankreuzen)</b>												
<input type="checkbox"/> Gastronomie und Hotellerie (HOGA) (nur für Schüler ohne Ausbildung Ernährungslehre, Küche und Service)					<input type="checkbox"/> Sozialmanagement/Fit for Life (SOMA) mit Junior-Company (UDLM)							

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

<b>TERMINE ZUR ANMELDUNG:</b>	<b>Mo, 13. Februar – Fr, 17. Februar 2023 (Ferien) 08:00 bis 12:00 Uhr</b> <b>Mo, 20. Februar – Fr, 03. März 2023 08:00 bis 12:00 Uhr</b>
-------------------------------	--

#### Erforderliche Beilagen und Informationen für externe Schüler:

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

Ab Mittwoch, **22. März 2023** 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 **7. Juli bis 14. Juli 2023 von 8:00 - 12:00 Uhr**, muss das **Original-Abschlusszeugnis** der **zuletzt besuchten Schule** im Sekretariat abgegeben werden.

## 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
<b>Wochenstundenanzahl</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>28</b>
<b>• Alternative Pflichtgegenstände: Gastronomie- und Hotellerie</b>			
Küchen- und Restaurantmanagement	3	5	5
Ernährung und Betriebsorganisation	2	-	-
<b>Gesamtwochenstundenanzahl</b>	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>33</b>
<b>• Alternative Pflichtgegenstände Unternehmens-Dienstleistungsmanagement/Seminare</b>			
Unternehmens- und Dienstleistungsmanagement	-	4	-
Sozialmanagement/Fit for Life	5	3	3
<b>Gesamtwochenstundenanzahl</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>31</b>

**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):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <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: \_\_\_\_\_