



## Anmeldung Schuljahr 2024/25

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN      Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_

### Daten Schüler/in

Vorname:		Sozialversicherungsnummer:
Familiename:		
Geburtsort:		Geburtsdatum:
Religion:	Muttersprache:	Staatsbürgerschaft:

### Schullaufbahn

MS / Gymnasium:	Klasse/Schulstufe:	INTEGRATION: <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
Mittlere/höhere Schule:	<input type="checkbox"/> abgebrochen	<input type="checkbox"/> positiv beendet
		<input type="checkbox"/> negativ beendet
Schuljahr an der PTS: <input type="checkbox"/> 9.Schj. <input type="checkbox"/> 10.Schj. <input type="checkbox"/> 11.Schj	Schuljahre in Österreich:	

### Berufswunsch (derzeit)

### Bitte **einen Fachbereich** auswählen:

<input type="checkbox"/> Handel / Büro	<input type="checkbox"/> Holz- / Bautechnik
<input type="checkbox"/> Gesundheit / Schönheit / Soziales	<input type="checkbox"/> Metall- / Elektrotechnik
<input type="checkbox"/> Tourismus	<input type="checkbox"/> Informationstechnik / Mechatronik

### Wohnadresse, falls **Schüler/in NICHT** bei den Eltern wohnt (z.B. WG).

Name:	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:	

Bitte umblättern! →

## Erziehungsberechtigte

(erziehungsberechtigt ist:  Mutter,  Vater,  \_\_\_\_\_)

<b>Name (Mutter):</b>	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:	

<b>Name (Vater):</b>	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:	

<b>Name (Erziehungsberechtigte(r)):</b>	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:	

## Allgemeine Informationen

Krankheiten, Allergien und Unverträglichkeiten des Kindes	
Muss ihr Kind während der Schulzeit Medikamente nehmen? (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, welche?	
Allfälliges, was Sie uns mitteilen möchten?	

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)**