

Vom Aufnahmsbewerber in Blockschrift auszufüllen!

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen untenstehende Legende zu

6., **7.** und **11**

Schüler:

1. männlich: weiblich:

2. SV-Nr., Geb.datum/-ort:

SV-Nr.			

Tag	Monat	Jahr

3. PLZ, Post:

--	--	--	--

4. Anschrift, Straße Nr.:

5. e-Mail:

6. in der 8. Schulstufe besuchte Schulform:

--	--	--

 Anschrift

7. derzeit (oder zuletzt) besuchte Schulform

--	--	--

 Beginn der Schulpflicht-Jahr

8. Staatsbürgerschaft:

9. Muttersprache/Religion: /

10. 9-jährige Schulpflicht vor Eintritt in die angestrebte Schule erfüllt? ja nein

11. Vorbildung (Anzahl der Jahre angeben):

<input type="checkbox"/>						
V	NMS	PL	AHS	BMS	BHS	SO

12. Welche Fremdsprache(n) Jahre:
wurde(n) gelernt? Jahre:

13. Anzahl der Geschwister an der Schule:

Erziehungsberechtigte:

14.

Eigen-berechtigt	Vater	Mutter	Heim-leiter	Groß-vater	Groß-mutter	Jugend-amt	Sonst.
<input type="checkbox"/>							

15. Akademischer Grad, Vorname(n):

16. Beruf des Erziehungsberechtigten:

17. erreichbar unter Tel.Nr.: Vorwahl /

18. Mobiltelefon: Vorwahl /

19. e-Mail:

Die folgenden Punkte sind nur auszufüllen, wenn die Daten von den Schülerdaten abweichen.

20. Familienname:

21. Straße, Nr.:

22. PLZ, Wohnort:

--	--	--	--

23. Telefonnummer: Vorwahl /

Legende zu **6.**, **7.** und **11**

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| V Volksschule | PL Polytechnischer Lehrgang | BHS Berufsbildende höhere Schule |
| NMS Neue Mittelschule | AHS Allgemeinbildende höhere Schule | BMS Berufsbildende mittlere Schule |
| | SO Sonstige Schulformen | |

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:

Geb.-Datum: Anschrift:

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):

..... Telefon:

Berufstätigkeit der Eltern: Geburtsjahr der Geschwister:

Vater: ja nein Mutter: ja nein,,,

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

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

Welche Infektionskrankheiten hat d. Schüler(in) durchgemacht?

Masern ja nein Mumps ja nein Scharlach ja nein

Röteln ja nein Feuchtblattern ja nein Diphtherie ja nein

Keuchhusten ja nein Gelbsucht ja nein Kinderlähmung ja nein

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem. **Bitte - Zutreffendes unterstreichen.** Nähere Angaben:

Operationen oder bleibende Unfallfolgen:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche?

Wurde d. Schüler(in) gegen Tuberkulose (BCG-) geimpft ja nein

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale ja nein

Häufiger Kopfschmerz ja nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel) ja nein

Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung) ja nein

Zuckerkrankheit ja nein

Sehfehler ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein

Hörfehler ja nein

Anfallsleiden ja nein

Sprachfehler ja nein

Auffälligkeiten

(Schlaflosigkeit, verstärktes 'Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

Datum:

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):

Bitte Zutreffendes ankreuzen!