

Anmeldung zum Schulbesuch im Schuljahr 20 / 20

Name der Schülerin / des Schülers:			
geb.am:		in:	
Anschrift (Straße, Gasse, Platz):			Haus Nr.:
Postleitzahl:	Ort:	Bezirk:	
Religion:		Staatsbürgerschaft:	
Schulbildung:			
Volksschule in:		von:	bis:
NMS / AHS in		von:	bis:
Polytechn. Lehrgang in		von:	bis:
E – Mail d. Schülerin / Schüler:			
Sozialversicherungsnummer Schülerin / Schüler:			
Fachrichtung (kann noch unkompliziert bis in den 2. Jahrgang geändert werden):			
<input type="radio"/> Weinbau und Kellerwirtschaft			
<input type="radio"/> Landwirtschaft mit Wein-, Obst-, Pflanzen- und Gemüsebau			
Erziehungsberechtigte:			
Name:		geb. am:	
Beruf:		Tel.:	
E - Mail:			
Name:		geb. am:	
Beruf:		Tel.:	
E - Mail:			

Beizuschließen bzw. nachzureichen sind: Geburtsurkunde, Semester : Schulnachricht,
Abschlusszeugnis der 8. Schulstufe

Unterbringung im Internat:

Mit der Aufnahme in die Landwirtschaftliche Fachschule Eisenstadt ist nach den Vorschriften des Bgld. Landw. Schulgesetzes die Aufnahme in das Internat verbunden. Die schulischen Leistungen der Schülerinnen und Schüler sind nach den langjährigen Erfahrungen besser, wenn die **Schüler nicht durch die tägliche Zufahrt zur Schule zusätzlich belastet werden.**

.....
Datum der Anmeldung:

.....
(Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten)

Ausnahmen vom Internatsbesuch sind rechtzeitig (vor Schulbeginn) bei der zuständigen Schulleitung

Landwirtschaftliche Fachschule Eisenstadt
Neusiedler Straße 6
7000 Eisenstadt

zu beantragen. (Siehe [Formular Ansuchen um Genehmigung des externen Schulbesuches](http://www.weinbauschule.at) auf www.weinbauschule.at)

WEINBAUSCHULE EISENSTADT

Landwirtschaftliche Fachschule / 7000 Eisenstadt / Neusiedler Straße 6 / Austria
Telefon +43 2682 63644 / Fax +43 2682 63644-44 / eisenstadt@weinbauschule.at / www.weinbauschule.at

ELTERNFRAGEBOGEN

Liebe Eltern !

Ihre Angaben auf diesem Blatt werden streng vertraulich behandelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert im Notfall die Tätigkeit des Arztes.

Fam.Name d. Schülers / der Schülerin:	Vorname:
Anschrift:	Geb.Datum:
Erziehungsberechtigte(r):	
Geburtsjahr der Geschwister:	

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin / der Schüler durchgemacht ?

Masern	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Gelbsucht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Röteln	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Feuchtblattern	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Keuchhusten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Scharlach	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Mumps	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			

Impfschutz gegen geimpft

FSME	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tetanus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kinderlähmung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diphtherie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Angabe anderer Impfungen

Bestehen oder bestanden **andere Krankheiten?** (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> häufige Halsentzündungen	<input type="checkbox"/> Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Stoffwechselkrankheiten
<input type="checkbox"/> Gelenkentzündungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> sonstige:
<input type="checkbox"/> angeborene Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> Harnwegserkrankungen	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten	

Besteht im Besonderen:

Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Häufiger Kopfschmerz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Chron. Mittelohrentzündung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Sehfehler	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Hörfehler	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Anfallsleiden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Sprachfehler	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Nähere Angaben:

Operationen oder bleibende Unfallsfolgen:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Grund dafür):

.....
Datum

.....
(Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten)

WEINBAUSCHULE EISENSTADT

Landwirtschaftliche Fachschule / 7000 Eisenstadt / Neusiedler Straße 6 / Austria

Telefon +43 2682 63644 / Fax +43 2682 63644-44 / eisenstadt@weinbauschule.at / www.weinbauschule.at

LANDESWEINGUT
BURGENLAND

