

ANMELDUNG

Schuljahr 2022/2023

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen

Familiename

Vorname(n) (lt. Geburtsurkunde)

Handelsakademie

5-jährig (HAK)

Erweiterungsbereich – bitte ankreuzen!

HAK Informations-/Kommunikationstechnologie und e-Business (IKT)

Zweite lebende Fremdsprache wählbar – bitte ankreuzen

Französisch Spanisch

Zusatzangebot HAK+Sport – bitte ankreuzen

Ja Nein

HAK Sprachen

Zweite lebende Fremdsprache wählbar – bitte ankreuzen

Französisch Spanisch

Zusatzangebot HAK+Sport – bitte ankreuzen

Ja Nein

HAK Digital Business (digBiz)

Zusatzangebot HAK+Sport – bitte ankreuzen

Ja Nein

* Aus organisatorischen Gründen behalten wir uns eine Zuteilung zu der jeweils anderen Fremdsprache vor (Mindestgröße von Gruppen, etc.).

Ich nehme zur Kenntnis, dass die HAK ab dem 2. Jahrgang aufsteigend als semestrierte Oberstufe geführt wird.

Ort

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Schulinterne Vermerke

Anmeldung eingegangen am:

ANGABEN ÜBER DEN SCHÜLER / DIE SCHÜLERIN: Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen!

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----|-----|----|-------------------------------|----|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PLZ, Wohnort | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Straße, Nr | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsort | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsstaat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Staatsbürgerschaft | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Religionsbekenntnis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erstsprache(n) – Sprache(n) bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alltagssprache(n) - die im Alltag überwiegend gebrauchte(n) Sprache(n) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sozialversicherungsnummer | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vorbildung (Anzahl der Jahre angeben) | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">VO</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">VS</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">MS</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">AHS</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">PS</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">SO (bitte Schulform anführen)</td> </tr> </table> | VO | VS | MS | AHS | PS | SO (bitte Schulform anführen) | | | | | | | | | | | | | | |
| VO | VS | MS | AHS | PS | SO (bitte Schulform anführen) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| In der 8. Schulstufe besuchte Schulform | <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> AHS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> SO: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Derzeit (oder zuletzt) besuchte Schulform: | <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> AHS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> SO: _____ Schulort: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9-jährige Schulpflicht erfüllt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anmerkungen, Wünsche (z.B. gemeinsam mit ... in Klasse, medizinische Besonderheiten) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VO=Vorschule, VS=Volksschule, MS= Mittelschule, AHS=Allgemeinbildende höhere Schule, PS=Polytechnische Schule, SO=Sonstige Schulform

ANGABEN ZUM/ZUR ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN: Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen!

| | |
|------------------------------------|---|
| 1. Erziehungsberechtigte(r) | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| Vor- und Nachname, Titel | |
| Adresse | |
| Telefon | |
| E-Mail | |
| Geburtsdatum | |
| 2. Erziehungsberechtigte(r) | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| Vor- und Nachname, Titel | |
| Adresse | |
| Telefon | |
| E-Mail | |
| Geburtsdatum | |