

## ANMELDUNG

Schuljahr 2022/2023

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen

\_\_\_\_\_  
Familiename

\_\_\_\_\_  
Vorname(n) (lt. Geburtsurkunde)

**Höhere Bundeslehranstalt  
für wirtschaftliche Berufe**

5-jährig (HLW)

Lehrplan 2016

**Vertiefungsbereich – bitte ankreuzen!**

**Mediendesign**

Zweite lebende Fremdsprache Spanisch

**Aktives Gesundheitsmanagement & Sport**

Zweite lebende Fremdsprache Französisch

Ich nehme zur Kenntnis, dass die HLW 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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
Vorbildung (Anzahl der Jahre angeben)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">VO</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">VS</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">MS</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">AHS</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">PS</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black; 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 <b>8. Schulstufe</b> besuchte Schulform	<input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> AHS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> SO: _____																				
<b>Derzeit (oder zuletzt)</b> besuchte Schulform:	<input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> AHS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> SO: _____ Schulort: _____																				
<b>9-jährige Schulpflicht erfüllt</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																				
<b>Anmerkungen, Wünsche</b> (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!**

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