BAFEP BISCHOFSHOFEN

ANMELDUNG für das SCHULJAHR ____ / ___

AUSBILDUNGSFORM	
☐ **5-jährige BAfEP** ☐ **3-jährige Fachschule**	
SCHÜLERIN/SCHÜLER	
Familien- und Vorname(n) laut Melderegister	Sozialversicherungsnummer
Religionsbekenntnis	Muttersprache
ERZIEHUNGSBERECHTIGTE	
☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige:	Familien- und Vorname laut Melderegister
Telefonnummer / E-Mail-Adresse	☐ Wohnadresse identisch mit Schülerin/Schüler ☐ Wohnadresse abweichend von Schülerin/Schüler
☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige:	Familien- und Vorname laut Melderegister
Telefonnummer / E-Mail-Adresse	☐ Wohnadresse identisch mit Schülerin/Schüler ☐ Wohnadresse abweichend von Schülerin/Schüler
HERKUNFTSSCHULE	
☐ MS ☐ AHS ☐ ANDERE SCHULE	Name der Schule:
die Schülerin/der Schüler befindet sich in der Schulstufe:	
Welche Schule wurde nach der 8. Schulstufe besucht?	
Semesterzeugnis bzw. Jahreszeugnis der 8. Schulstufe und alle folgenden Zeugnisse müssen vorgelegt werden	
WEITERE INFORMATIONEN FÜR DIE ANMELDUNG	
weitere Wunschschulen	Zweitwunschschule ……. Drittwunschschule ……
Geschwister an der Schule	Name(n)
Wurde die Eignungsprüfung an einer BAFEP bereits einmal gemacht? Wenn ja, wo?	
Bitte legen Sie bis spätestens zur Eignungsprüfung einen aktuellen **Meldezettel** der Schülerin/des Schülers vor. Bei abweichender Wohnadresse ist auch ein Meldezettel der Erziehungsberechtigten vorzulegen.	
……. Ort, Datum	……. Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Bildungsanstalt für Elementarpädagogik Bischofshofen
Südtirolerstraße 75, 5500 Bischofshofen
www.bafep-bhofen.at, Mail: sekretariat@bafep-bhofen.at
Telefon: 06462 / 23 39, Fax 06462 / 2339-19

SCHULKLASSE _____

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Familienname der Schülerin/des Schülers **Vorname**

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich **Geburtsdatum:** _____ TT.MM.JJJJ

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Telefon: _____

Berufstätigkeit der Eltern:
Mutter: ☐ ja ☐ nein
Vater: ☐ ja ☐ nein

Geburtsjahr der Geschwister: _____ _____ _____ _____

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

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Windpocken (Feucht-/Schafblattern) ☐ ja ☐ nein
Scharlach ☐ ja ☐ nein
Sonstige: _____

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenksentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem? **Bitte zutreffendes unterstreichen.**

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: ☐ ja ☐ nein
welche: _____

Wurde die Schülerin/ der Schüler **gegen FSME (Zecken) geimpft**? ☐ ja ☐ nein
letzte Impfung am: _____

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitgeben!

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	☐ ja	☐ nein	Häufiger Kopfschmerz	☐ ja	☐ nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-/ Insektenallergie)	☐ 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 (Schlafschwierigkeiten, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, Unruhe)				☐ ja	☐ nein

sonstige Auffälligkeiten: _____

Datum Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten)

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2007 Bundesministerium für Bildung, Kunst und Kultur
DVR: 2109254 DVR: 0064301