



LANDWIRTSCHAFTLICHE FACHSCHULE EISENSTADT DIE WEINBAUSCHULE DES BURGENLANDES

7000 Eisenstadt, Neusiedler Straße 6

Tel. 02682/63644 Fax DW 44, eisenstadt@weinbauschule.at www.weinbauschule.at

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:
Hauptschule / AHS in		von:	bis:
Polytechn. Lehrgang in		von:	bis:
Eltern:			
Name des Vaters:		geb. am:	
Name der Mutter:		geb. am:	
Beruf des Vaters:			
Beruf der Mutter:			
Telefonnummern:			
Sozialversicherungsnummer Schüler:		Versicherungsanstalt:	
Mitversicherung mit Vater Nr.:		oder Mutter Nr.:	

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) **beim**

**Amt der Burgenländischen Landesregierung
Abteilung 4a – Agrar- und Veterinärwesen
Europaplatz 1
7000 Eisenstadt**

zu beantragen. (Siehe Formular Ansuchen um Genehmigung des externen Schulbesuches)

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-Kreislaufferkrankung | <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)

**An das
Amt der Bgld. Landesregierung
Abteilung 4a
Europaplatz 1
7000 Eisenstadt**

Ansuchen um Genehmigung des externen Schulbesuches

Name der/des Schülerin/Schülers	Name u. Anschrift der/des Erziehungsberechtigten	Schule	Schuljahr
		Landwirtschaftliche Fachschule Eisenstadt	
Begründung: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>			

.....,

Ort

Datum

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