

Sehr geehrter angehender Student!

Sehr geehrte angehende Studentin!

Wir freuen uns über Ihr Interesse am **Aufbaulehrgang / Kolleg Mechatronik**.

Für die Anmeldung sind folgende Dokumente (in Kopie) vorzulegen:

- Geburtsurkunde
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Meldezettel bzw. Reisepass

und - je nach Vorbildung –

- Abschlussprüfungszeugnis (Fachschule)
- Lehrabschlussprüfungszeugnis
- Zeugnis der letzten Berufsschule
- Reifeprüfungszeugnis

Weiters bitten wir, das vorgesehene Stammbblatt und das Gesundheitsblatt sowie die Erklärung zur Veröffentlichung sämtlicher Daten ausgefüllt und unterschrieben zu übermitteln.

**Nach Einlangen der gesamten Unterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich!**



# LEHRGANG FÜR MECHATRONIK

3340 Waidhofen/Ybbs, Im Vogelsang 8  
TEL +43 7442/52590-0, FAX +43 7442 52590-264  
[www.htlwy.at](http://www.htlwy.at), email: [office@htlwy.ac.at](mailto:office@htlwy.ac.at)

## ANMELDUNG zum \*)

- Aufbaulehrgang / 1. - 5. Semester** ab Schuljahr .....
- Kolleg / 1. - 4. Semester** ab Schuljahr .....

### Angaben zum Aufnahmewerber / zur Aufnahmewerberin:

Familienname: .....

Vorname (n) lt. Geburtsurkunde: .....

Sozialversicherungsnummer, Geburtsdaten:																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsort, Geburtsstaat: .....

PLZ, Wohnort: .....

Straße, Hausnummer: .....

TEL-Nr: .....

E-Mail: .....

Staatsbürgerschaft: .....

Erst- bzw. Muttersprache: .....

Zweitsprache: ..... Drittsprache: .....

Religionsbekenntnis: .....

schulische Vorbildung \*\*):

VOR	VS	NMS/HS	PS	AHS	BHS	BMS	SO		

Anzahl der Jahre angeben:

berufliche Vorbildung: Lehre als .....

<p>derzeit beschäftigt bei:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">bitte genaue Firmenbezeichnung angeben</p> <p>Ich werde neben der Ausbildung dort weiterhin tätig sein:    <input type="radio"/> JA                      <input type="radio"/> NEIN</p>
--

Datum

Unterschrift



Liebe Studentin, lieber Student!

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

**Familienname** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Geschlecht:**     weiblich     männlich

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Welche Infektionskrankheiten hat die Studentin/der Student durchgemacht?**

Windpocken (Feucht-/ Schafblattern)     ja     nein

Scharlach     ja     nein

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Bestanden oder bestehen andere Krankheiten,** wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, 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 Studentin/der Student **gegen FSME (Zecken) geimpft?**     ja     nein  
letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen durchgeführt?     ja     nein

**Besteht im Besonderen:**

Asthma bronchiale     ja     nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen,     ja     nein  
Arzneimittel-/Insektenallergie)

Zuckerkrankheit     ja     nein

Ohnmachtsneigung     ja     nein

Anfallsleiden

Auffälligkeiten (Schlafschwierigkeiten,     ja     nein  
verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, Unruhe)

Häufiger Kopfschmerz     ja     nein

Chronische Mittelohrentzündung     ja     nein  
(Trommelfellverletzung)

Sehfehler     ja     nein

Hörfehler     ja     nein

Sprachfehler     ja     nein

Sonstige Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



## LEHRGANG FÜR MECHATRONIK

3340 Waidhofen/Ybbs, Im Vogelsang 8  
TEL (07442) 52590-0, FAX (07442)52590-264  
[www.htlwy.at](http://www.htlwy.at), E-mail: [office@htlwy.ac.at](mailto:office@htlwy.ac.at)

---

---

Name: .....

Adresse: .....

.....

### Erklärung:

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der getätigten Angaben. Ich stimme zu, dass personenbezogene Daten (z.B. Sozialversicherungsnummer) vorübergehend elektronisch gespeichert werden.**

**Ebenso bin ich einverstanden, dass für die Veröffentlichung von Schulereignissen Fotos verwendet werden dürfen.**

.....

Ort, Datum

Unterschrift