

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 bzw. Reisepass
- Meldezettel

und - je nach Vorbildung –

- Abschlussprüfungszeugnis (Fachschule) oder Zeugnis der letzten besuchten Klasse
- 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, email: office@htlwy.at

ANMELDUNG zum *)

- Aufbaulehrgang / 1. - 5. Semester** ab Februar
- Kolleg / 1. - 4. Semester** ab September

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, E-mail: office@htlwy.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