



4070 Eferding, Bräuhausstraße 1
Tel.: 07272/5576; Fax: DW - 14
email: s405044@liwest.at
http://www.pts-eferding.at

_____ **Anmeldedatum**

Anmeldung für das Schuljahr 2024-25

SCHÜLER/IN

Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
Familienname	Vorname(n)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
SVNR - Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft	Muttersprache
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	Wohnsitzgemeinde	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Eltern / Erziehungsberechtigte

Name(n)	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zuletzt besuchte Schule

Schule	Klasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
SPF (sonderpäd. Förderb.)	freiwilliges 10. Schuljahr	Anmeldung in einer anderen Schule
<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein

Fachbereichswahl / Berufswunsch

Fachbereich	
<input type="radio"/> Metall	<input type="radio"/> Handel / Büro
<input type="radio"/> Elektro	<input type="radio"/> Gesundheit, Schönheit und Soziales
<input type="radio"/> Bau / Holz	<input type="radio"/> Tourismus

Berufswünsche: _____

Unterschriften

Schüler / Schülerin	Erziehungsberechtigte/r
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wir geben die Einwilligung, dass unsere Daten für schulinterne Zwecke verwendet werden.
Die Anmeldung ist zusammen mit einer Kopie des Semesterzeugnisses abzugeben.

