



**Private MITTELSCHULE Vöcklabruck des  
Vereins für Franziskanische Bildung**  
**4840 Vöcklabruck, Graben 13**  
 Telefon: 07672/72680-DW 30  
 E-Mail: s4171532@schule-ooe.at  
 Leitung: Alois Kienast

**Bewerbung um die Aufnahme in die Mittelschule SJ \_\_\_/\_\_\_**

Nach- und Vorname des Schülers/der Schülerin	Sozialvers.Nr.	Geburtsdatum
Geburtsort	Getauft an / in:)	Religionsbekenntnis
Muttersprache	Staatsbürgerschaft	Bundesland / Staat

**Ganztagsform für 1.-3. Klasse PMS:**                       ja                       nein

**DATEN der / des Erziehungsberechtigten**

	Vater	Mutter
Erziehungsberechtigt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Titel Zu- und Vorname		
Mädchenname d. Mutter	-----	
Beruf		
Religionsbekenntnis		
Straße, Hausnummer,		
PLZ, Wohngemeinde		
Telefonnummer		
E-Mail Adresse		

Die Eltern sind:	Verheiratet <input type="radio"/>	Geschieden <input type="radio"/>	Nicht verheiratet <input type="radio"/>
Geschwister Name und Geburtsjahr			

**Bisheriger Schulbesuch:**                      Volksschule in: \_\_\_\_\_

**Geschwister an unserer Schule:**

Name: \_\_\_\_\_                      KV: \_\_\_\_\_                      Kl.: \_\_\_\_\_

**BITTE RÜCKSEITE UNBEDINGT AUSFÜLLEN.**

Gesundheitliche Aspekte:

Allergien:	
Medikamente:	
Notfall-Medikation:	
Sonstige Informationen zum Gesundheitszustand	

Gibt es Befunde (z.B. Legasthenie, Diskalkulie, AMDS, SPF ...)?:  
Bitte anführen, welche Befunde es gibt!

---

---

---

---

Warum möchten Sie ihr Kind an unserer Schule anmelden:

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten