



- Private Berufsschule zur sonderpädagogischen Förderung mit dem Förderschwerpunkt Lernen

# ANMELDUNG

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

für das Schuljahr .....

für ..... geb. am .....  
Nachname Vorname

Adresse: .....

stelle ich den Antrag auf Aufnahme in das ...

**Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)**

Metalltechnik.....

Kraftfahrzeugtechnik.....

Holztechnik .....

Bautechnik.....

Farbtechnik u. Raumgestaltung ....

Elektrotechnik .....

Wirtschaft u. Verwaltung  
(Schwerpunkt: Verkauf) .....

Lebensmittelhandwerk  
(Schwerpunkt: Bäckerei).....

Frisörhandwerk .....

Betreuung und Pflege .....

**Berufsgrundschuljahr schulisch (BGJ)**

Holztechnik 10. Klasse.....

Zimmerer 10. Klasse.....

Internatsunterbringung erwünscht? ja  nein

.....  
Datum

.....  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

**Bitte beachten: Die Kopie des letzten Zeugnisses beilegen!**

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

# PERSONALBOGEN

1. **Schüler:** männlich  weiblich

Familienname .....

Vorname .....

Straße, Haus-Nr. ....

PLZ / Wohnort .....

Tel: .....

Email: .....

geb. am ..... Geburtsort ..... Geburtsland .....

Religion ..... Staatsangehörigkeit .....

Familienstand: ledig  verheiratet  geschieden

Falls keine deutsche Staatsangehörigkeit:

Asylant/in  Asylbewerber/in  Ausländer/in

Aussiedler/in  Kriegsflüchtling  sonst. Zuzug

**Zuzug im Jahr** ..... (Ankunft in Deutschland)

Internatsunterbringung erwünscht? ja  nein

2. **Vater:** erziehungsberechtigt: ja  nein

Name ..... Vorname .....

Straße, Haus-Nr. ....

PLZ / Wohnort .....

Familienstand: ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Tel: ..... Fax: ..... Email: .....

3. **Mutter:** erziehungsberechtigt: ja  nein

Name ..... Vorname .....

Straße, Haus-Nr. ....

PLZ / Wohnort .....

Familienstand: ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Tel: ..... Fax: ..... Email: .....

4. **Vormund:**

Name ..... Vorname .....  
 Straße, Haus-Nr. ....  
 PLZ / Wohnort .....  
 Tel: ..... Fax: ..... Email: .....

Bitte ankreuzen!

5. **Erziehungsbeistand**  **Familienhilfe**  **Berufseinstiegsbegleitung**  **Bezugsbetreuer**

Name ..... Vorname .....  
 Tel: ..... Fax: ..... Email: .....

Damit wir mit dem Erziehungsbeistand / der SPFH / der Berufseinstiegsbegleitung / dem Bezugsbetreuer zum Wohl Ihres Kindes zusammenarbeiten können, benötigen wir die Entbindung von der Schweigepflicht.

***Wechselseitige Schweigepflichtsentbindung***

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass Lehrkräfte der Privaten Berufsschule zur sonderpädagogischen Förderung des St. Michaels-Werks e.V. Grafenwöhr und die unter Punkt 5 genannte Person Informationen über mein/unser Kind austauschen dürfen.

Dazu entbinde ich/ entbinden wir die betreffende Person und die Lehrkraft von ihrer Schweigepflicht.

.....  
 Ort, Datum ..... Unterschrift d. Erziehungsberechtigten .....

6. **Bisherige Schulausbildung - Bitte unbedingt vollständig ausfüllen!**

**Bisher besuchte Schularten, bitte alle zutreffenden Schulen ankreuzen und Ort benennen!**

- DFK (Diagnose- und Förderklasse, Kl. 1, Kl. 1A, Kl. 2), Ort: .....
- Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Lernen, Ort: .....
- Förderschule mit dem Förderschwerpunkt sozial-emotionale Entwicklung, Ort: .....
- Schule für Kranke (in KJP), Ort: .....
- Grundschule, Ort: .....
- Mittelschule, Ort: .....
- Berufsschule, Ort: .....
- Sonstige Schule ....., Ort: .....

**WICHTIG:** Die letzte / im Moment besuchte Schule (**Name und Adresse der Schule**):

.....

**Bisher erreichter Schulabschluss**

- Erf. Schulpflicht ohne Abschluss  Abschluss Förderzentrum/SFZ
- Haupt-/Mittelschule ohne Quali  sonstiger Abschluss .....
- Haupt-/Mittelschule mit Quali

**Zuletzt besuchte Jahrgangsstufe**

- Klasse 8  Klasse 9  Klasse 10 sonstige .....

**Fördermaßnahmen an Grund- und Mittelschule**

- LRS-Training (Lese-Rechtschreibtraining)                       Dyskalkulie-Therapie
- MSD (Mobiler sonderpädagogischer Dienst)                       Inklusion
- Besuch einer Kooperationsklasse                                       Besuch einer Praxisklasse

Sonstige Fördermaßnahmen .....

**Wurde ein sonderpädagogisches Gutachten erstellt?**    nein     ja     Wenn ja, bitte die *Schweigepflichtsentbindung* ausfüllen, damit wir berechtigt sind, das Gutachten einzufordern.

**Bitte nur ausfüllen, falls noch kein sonderpädagogisches Gutachten erstellt wurde:**

Für ein sonderpädagogisches Gutachten benötigen wir unter anderem einen Intelligenztest.

Wir bitten Sie daher um Ihre *Einverständniserklärung*.

<b><i>Einverständniserklärung</i></b>	
Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Privaten Berufsschule zur sonderpädagogischen Förderung des St. Michaels-Werks e.V. Grafenwöhr im Rahmen der Erstellung eines sonderpädagogischen Gutachtens für mein/unser Kind ....., geb. am ..... eine Intelligenztestung durchführt.	
Über die Ergebnisse werde ich/werden wir vom zuständigen Mitarbeiter informiert.	
..... Ort, Datum	..... Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Um eventuell bereits vorhandene Testergebnisse von anderen Stellen (Beratungslehrer, Schulpsychologen, Psychologen...) einholen zu können, brauchen wir eine *Schweigepflichtsentbindung*.

<b><i>Schweigepflichtsentbindung</i></b>	
Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Privaten Berufsschule zur sonderpädagogischen Förderung des St. Michaels-Werks e.V. Grafenwöhr von Personen und/oder Einrichtungen Informationen und Unterlagen über mein/unser Kind ..... geb. am ..... einholen dürfen.	
Ich entbinde/Wir entbinden die betreffenden Personen und/oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Mitarbeiter der Privaten Berufsschule zur sonderpädagogischen Förderung des St. Michaels-Werks e.V. Grafenwöhr.	
..... Ort, Datum	..... Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an Frau Kocbek, Tel: 09641/ 9241-0

**7. War schon ein Aufenthalt in einem Heim gegeben?**    Wenn ja, Anschrift des Heimes:  
.....

**8. Liegt eine (amts-)ärztlich festgestellte Behinderung, Krankheit, Allergie vor?**    Wenn ja, welche?  
.....

**Die an der Schule eingegangene Anmeldung bedeutet keine rechtsverbindliche Aufnahme.**

Bitte senden Sie diese Unterlagen ausgefüllt und unterschrieben mit der **Kopie des letzten Zeugnisses** zurück an:

**Priv. Berufsschule des St. Michaels-Werks e.V.**  
**Ludwig-Schmidt-Str. 5-9**  
**92655 Grafenwöhr**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Jugendlichen

.....  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten oder Vormunds

**Bitte unbedingt unterschreiben!**

**Nicht vergessen: Die Kopie des letzten Zeugnisses beilegen!**

## **Zu unserer Information**

Wie wurden Sie auf unsere Schule aufmerksam?

Bitte kreuzen Sie zutreffende Punkte an, es können auch mehrere sein!

- Jetzige oder frühere Schule / Lehrer
- Besuch mit der Schule
- Tag der offenen Tür
- Praktikum mit der Schule
- Bildungsträger
- Arbeitsagentur
- Ausbildungsmesse in .....
- Freunde
- Schüler des St. Michaels-Werks
- Betrieb
- Berufseinstiegsbegleiter
- Erziehungsbeistand
- Familienhilfe
- Jugendamt

Vielen Dank!

# Erfassungsbogen zum Vollzug des Schulwegkostenfreiheitsgesetzes

Schüler / Schülerin

Name:

Vorname:

.....  
Geboren am:

.....  
Anschrift: (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Beförderungsmittel zwischen Wohnung und Schule

Ort / Haltestelle

Zug    Bus

- von ..... mit   bis .....
- von ..... mit   bis .....
- von ..... mit   bis .....

**Hinweis:**

Es ist immer die kürzeste zumutbare Verbindung zu wählen.

Ein Fußweg bis 3 km ist zumutbar.

.....  
Unterschrift

**Infoblatt mit den Anmeldeunterlagen zurückgeben**

**Familienname, Vorname des Schülers/in** .....

**Information zur Schülerbeförderung im  
Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) oder  
Berufsgrundschuljahr (BGJ)**

**Erstattung der Fahrkosten:**

- Schüler/Innen, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln (RBO Bus im TON Bereich und RVV im Raum Regensburg und Bahn) fahren, bekommen an ihrem 1. Schultag an der Berufsschule St. Michaels-Werk einen Schülerfahrausweis
- dieser darf nur für Fahrten zur Schule benutzt werden
- auf der Berechtigungs-Fahrkarte steht der Name des Schülers/in
- diese ist nur gültig mit Unterschrift und Foto (am 1. Schultag mitbringen)
- sie darf nicht an andere Personen weitergegeben werden
- es darf darauf nichts verändert werden
- beschädigte oder manipulierte Karten können vom Verkehrsunternehmen abgenommen werden
- der Schulweg ist die kürzeste verkehrsübliche Verbindung (über 3 Kilometer) zwischen Wohnung und Schule
- beendet ein Schüler/eine Schülerin vorzeitig das Schuljahr, muss er den Fahrausweis sofort an die Schule zurückgeben
- verlorene Berechtigungskarten oder Monatsmarken/-tickets kosten je 20 Euro

**Achtung:** Fahrten mit dem Auto werden nicht erstattet

Datum: .....

zur Kenntnis genommen: .....  
Unterschrift

**Infoblatt mit den Anmeldeunterlagen zurückgeben**

## Infoblatt für Ihre Unterlagen

Familienname, Vorname des Schülers/in .....

# Information zur Schülerbeförderung im Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) oder Berufsgrundschuljahr (BGJ)

### Erstattung der Fahrkosten:

- Schüler/Innen, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln (RBO Bus im TON Bereich und RVV im Raum Regensburg und Bahn) fahren, bekommen an ihrem 1. Schultag an der Berufsschule St. Michaels-Werk einen Schülerfahrausweis
- dieser darf nur für Fahrten zur Schule benutzt werden
- auf der Berechtigungs-Fahrkarte steht der Name des Schülers/in
- diese ist nur gültig mit Unterschrift und Foto (am 1. Schultag mitbringen)
- sie darf nicht an andere Personen weitergeben werden
- es darf darauf nichts verändert werden
- beschädigte oder manipulierte Karten können vom Verkehrsunternehmen abgenommen werden
- der Schulweg ist die kürzeste verkehrsübliche Verbindung (über 3 Kilometer) zwischen Wohnung und Schule
- beendet ein Schüler/eine Schülerin vorzeitig das Schuljahr, muss er den Fahrausweis sofort an die Schule zurückgeben
- verlorene Berechtigungskarten oder Monatsmarken/-tickets kosten je 20 Euro

**Achtung:** Fahrten mit dem Auto werden nicht erstattet

Datum: .....

zur Kenntnis genommen: .....

Unterschrift

## Infoblatt für Ihre Unterlagen



## **Masernschutzgesetz**

Bei Neuanmeldungen muss seit dem 01.03.2020 ein Nachweis hinsichtlich des Masernschutzes erbracht werden. Bitte lassen Sie beiliegendes Formular von Ihrem Hausarzt ausfüllen und senden Sie es zusammen mit den Anmeldeunterlagen zurück.

## **Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz**

Die in der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, vorherige Schulbesuche, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses zur Aufnahme an die Berufsschule/Internat notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen.

### **Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber dem St. Michaels-Werk e.V. Grafenwöhr als Rechtsträger der Berufsschule/Internat um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber dem St. Michaels-Werk e.V. Grafenwöhr die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an das St. Michaels-Werk e.V. übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Schüler oder sofern nicht  
volljährig, Erziehungsberechtigter

Zurück an die  
Berufsschule zur sonderpäd. Förderung  
St. Michaels-Werk e.V.  
Ludwig-Schmidt-Str. 9  
92655 Grafenwöhr

---

**Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Schüler/Schülerin

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht (m/w/d): \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erreichbarkeit (Tel., E-Mail o.ä.) \_\_\_\_\_

---

**ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG**

**Nur vom Arzt auszufüllen!!!**

Für o. g. Person sind die **Anforderungen** gemäß § 20 Absatz 9 IfSG zum Masernschutz **erfüllt** durch:

- Nachweis über 2 Masernimpfungen**
- Es besteht eine Immunität gegen Masern**, weshalb kein Impfnachweis erforderlich ist
- Es besteht eine dauerhafte medizinische Kontraindikation**, aufgrund derer eine Masernschutzimpfung nicht gegeben werden darf

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel/Arztpraxis