



# SCHÜLERHEIM DER STADT WELS

Tel. 07242/44260

Fax. 07242/44260 - 11

E-Mail: [schuelerheim.wels@ooe-heimbauverein.at](mailto:schuelerheim.wels@ooe-heimbauverein.at)

Homepage: [www.ooe-heimbauverein.at](http://www.ooe-heimbauverein.at)

OÖ. Heimbauverein  
Obermüllnerstr. 11  
4600 Wels

## FOTO

bitte nur leicht ankleben  
oder mit Büroklammer  
befestigen.

## AUFNAHMEANSUCHEN

### SCHÜLER / SCHÜLERIN

Familiename		Vorname		SV Nr. / geboren am		Ort	
Staatsbürgerschaft		Geschwister(Anzahl)		Rel.-Bek.		Tel.	
PLZ.		Wohnort		Straße - Platz			
Krankenversichert durch:							
Vater / Versicherungsanstalt			Mutter / Versicherungsanstalt			Sonstiges	
<b>Krankheiten:</b> ( Epilepsie, Bettnässen, TBC, Diabetes, Behinderungen anführen)							

Vorgesehener Heimeintritt		zur Zeit besuchter Schultyp, Klasse	
---------------------------	--	-------------------------------------	--

### Vorgesehener Schulbesuch:

HTL, Wels

HBLA für wirtschaftliche Berufe

Fachschule f. wirtschaftl. Berufe

Fachbereich

Zimmerwunsch (zusammenlegen mit)

### HEIMINTERNE VERMERKE / Nicht vom Antragsteller auszufüllen!

Kartei, Akt angelegt:		Zahlungen	einbez. am
Vormerkung am:		Verwaltungskosten	
Zusage am:		Kaution	
		Heimbeitrag	
Absage am:		Anmerkungen:	
<input type="checkbox"/> in der Schule nicht aufgenommen <input type="checkbox"/> Platzmangel <input type="checkbox"/> Fristüberschreitung <input type="checkbox"/> Storno der Eltern			

FÜR DIE BETREUUNG ZUSTÄNDIGE/R ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R:

<b>VATER</b>		
Familiennamenname	Vorname	Stand
geboren am	Ort	Telefonnr./Privat
Arbeitgeber	Telefonnr./Firma	Beruf
Adresse: PLZ	Wohnort	Straße - Hausnummer
<b>MUTTER:</b>		
Familiennamenname	Vorname	Stand
geboren am	Ort	Telefonnr./Privat
Arbeitgeber	Telefonnr./Firma	Beruf
Adresse: PLZ	Wohnort	Straße - Hausnummer
<input type="checkbox"/> SONSTIGER ZUSTÄNDIGER ERZIEHUNGSBERECHTIGTER ODER VORMUND		
<input type="checkbox"/> ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R		
Familiennamenname	Vorname	Telefonnr.
Adresse: PLZ	Wohnort	Straße - Hausnummer
<input type="checkbox"/> ZUSTÄNDIGES JUNGENDAMT		
Adresse: PLZ	Wohnort	Straße - Hausnummer
Aktenzahl	bearbeitender Sozialhelfer	Telefonnr.
Bei Notfällen, soweit zuständige Erziehungsberechtigte nicht erreichbar sind, soll verständigt werden:		
Familiennamenname	Vorname	Telefonnr.

Ich nehme zur Kenntnis, das bei Disziplinwierigkeiten, bei Zahlungsrückstand der Ausschluß erfolgen kann.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift