

# ANMELDUNG FÜR DEN SCHULBESUCH AM BRG/BORG SCHLOSS TRAUNSEE



**Anmeldezeitraum für das Schuljahr 2026/27:  
23.02.2026 - 06.03.2026**

Familienname			
Vorname/Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
weitere Vornamen			
Klasse/Schuljahr/Internatsstatus		<input type="checkbox"/> vollintern <input type="checkbox"/> halbintern <input type="checkbox"/> extern	
Geburtsdatum/Geburtsort/Ge- burts-staat			
Staatsbürgerschaft/2.Staatsbürger- schaft			
Religionsbekenntnis			
Alltagssprache/Erstsprache			
Sozialversicherungsnummer			
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer			
Gemeinde/Staat			
Handynummer			
Die Schülerin/der Schüler lebt im gemeinsamen Haushalt	<input type="checkbox"/> der Eltern <input type="checkbox"/> der Mutter <input type="checkbox"/> des Va- ters		
Die Schülerin/der Schüler ist	<input type="checkbox"/> Vollwaise <input type="checkbox"/> Vaterwaise <input type="checkbox"/> Mutterwaise		
Unterhaltsverpflichtet	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige		
Geschwister am BRG/BORG Schloss Traunsee (Name, Klasse)			
Die Schülerin/der Schüler besucht derzeit folgende Schulform:			
<input type="checkbox"/> Volksschule		<input type="checkbox"/> Mittelschule	
<input type="checkbox"/> allgemein-bildende höhere Schule		<input type="checkbox"/> Sonstige	
Name der Schule:			

## Erziehungsberechtigte

<b>Mutter:</b>		
akademischer Grad/Vorname/Familienname		
Geburtsdatum		
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer		
Gemeinde/Staat		
Handynummer		
E-Mail		
Erziehungsberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
SEPA-Lastschriftmandat: Name und Geburtsdatum des Einzahlers		
<b>Vater:</b>		
akademischer Grad/Vorname/Familienname		
Geburtsdatum		
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer		
Gemeinde/Staat		
Handynummer		
E-Mail		
Erziehungsberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
SEPA-Lastschriftmandat: Name und Geburtsdatum des Einzahlers		

Informationen über den Leistungsstand bzw. Entscheidungen werden standardmäßig an die erstgenannte erziehungsberechtigte Person gesendet.

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Bei einer Aufnahme der Schülerin/des Schülers in das Halb- oder Vollinternat verpflichte ich mich außerdem, dass der jeweils vorgeschriebene Betreuungsbeitrag (incl. Verpflegung) oder der Kostenbeitrag für Schulveranstaltungen auf meinem Konto zur Verfügung stehen (Abbuchung mittels SEPA-Lastschriftmandat).

Ich nehme mit meiner Unterschrift zur Kenntnis, dass auf der gesamten Schulliegenschaft (Räume in der Schule und im Schloss, Park, Parkplätze) sowie auf allen Sportstätten – auch außerhalb der Schulliegenschaft – Rauchverbot herrscht.

Ich bin damit einverstanden, dass im Falle der Aufnahme meiner Tochter/meines Sohnes am BRG/BORG Schloss Traunsee die angeführten Daten (Adresse, Telefonnummer, E-Mail) an den Elternverein weitergegeben werden.

---

Datum, Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

**Anmeldung für die Klasse mit teilweisem Unterricht auf Englisch**

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, Ihr Kind für eine Klasse anzumelden, in der der Unterricht in verschiedenen Gegenständen teilweise auf Englisch gehalten wird. Dafür sind keine besonderen Vorkenntnisse notwendig. Der Unterricht in dieser Klasse wird in bestimmten Sequenzen auf Englisch gehalten. Im Laufe der Schuljahre wird das Ausmaß des Fremdspracheinsatzes zunehmen.

- JA**, ich melde mein Kind für die Klasse mit teilweisem Unterricht auf Englisch an.
- NEIN**, ich melde mein Kind nicht für den Besuch in dieser Klasse an.
- 

**Betreuung**

Halbinternat	Wahl ankreuzen
3 Tage	
4 Tage	
5 Tage	
<b>Vollinternat</b>	
<b>Extern</b>	

Grundsätzlich ist die Betreuung im Halbinternat bis 18:00 Uhr vorgesehen. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, bereits um ca. 16:00 Uhr nach Hause zu fahren.

**Anzahl der bisher absolvierten Schuljahre (nur für die 1. Klasse)**

- 4 Jahre                     5 Jahre (1 Jahr Vorschule)
- 

**Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an der Schule**

- JA**, ich erteile die Einwilligung (für die Dauer des Besuches der Einrichtung), meinem Kind – nach Aufruf durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodidtabletten zu verabreichen.
- NEIN**, ich erteile die Einwilligung nicht.
- 

**Jede Schülerin/jeder Schüler darf für die Klasseneinteilung einen Wunsch angeben:****Sonstige Anmerkungen:**

---

---