



4070 Eferding, Welser Straße 17  
Tel.: 07272/5576; Fax: DW - 14  
email: s405044@liwest.at  
http://www.pts-eferding.at

  
Anmeldedatum

## Anmeldung für das Schuljahr 2025-26

### SCHÜLER/IN

**Geschlecht**  weiblich  männlich

**Familienname**

**Vorname(n)**

**SVNR - Geburtsdatum**

**Staatsbürgerschaft**

**Muttersprache**

**PLZ**

**Ort**

**Straße**

**Wohnsitzgemeinde**

### Eltern / Erziehungsberechtigte

**Name(n)**

**Telefon**

**Adresse**

**Mail**

### Zuletzt besuchte Schule

**Schule**

**Klasse**

**SPF** (sonderpäd. Förderb.)

**freiwilliges 10. Schuljahr**

**Anmeldung in einer anderen Schule**

ja  
 nein

ja  
 nein

ja  
 nein

### Fachbereichswahl / Berufswunsch

**Fachbereich**

Elektro  Bau / Holz  
 Metall

Handel / Büro  Tourismus  
 Gesundheit, Schönheit und Soziales

Berufswünsche:

### Unterschriften

Schüler / Schülerin

Erziehungsberechtigte/r

Wir geben die Einwilligung, dass unsere Daten für schulinterne Zwecke verwendet werden.

ja  nein

Die Anmeldung ist zusammen mit einer Kopie des Semesterzeugnisses abzugeben.

