



- Private Berufsschule zur sonderpädagogischen Förderung mit dem Förderschwerpunkt Lernen

## ANMELDUNG MIT INTERNAT

**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 .....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift – Erziehungsberechtigte/r oder volljährige/r Schüler/in

**Kopie des letzten Zeugnisses und des  
Sonderpädagogischen Gutachtens nach § 27 beilegen!**

# In Druckbuchstaben ausfüllen!

## PERSONALBOGEN

1. **Schüler:** männlich  weiblich  divers

Familienname .....

Vorname .....

Straße, Haus-Nr. ....

PLZ / Wohnort .....

Tel: ..... Mobilnummer: .....

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

**Haben Sie bereits Leistungen nach SGB VIII (Jugendamt) erhalten?** ja  nein

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

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

Straße, Haus-Nr. ....

PLZ / Wohnort .....

Familienstand: ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Tel: ..... Mobil: ..... Email: .....

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

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

Straße, Haus-Nr. ....

PLZ / Wohnort .....

Familienstand: ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Tel: ..... Mobil: ..... 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 - Unbedingt vollständig ausfüllen!**

**Bisher besuchte Schularten, 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: Name und Adresse der letzten oder im Moment besuchten 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>Einverständniserklärung</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>Schweigepflichtsentbindung</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 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 Anmeldung bedeutet keine rechtsverbindliche Aufnahme.**

zurück an:

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift - Schüler/in

.....  
Unterschrift – Erziehungsberechtigte/r oder Vormund

**Unbedingt vollständig ausfüllen und unterschreiben!**

**Nicht vergessen: Kopie des letzten Zeugnisses und  
Sonderpädagogischen Gutachtens nach § 27 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

Absender:

.....  
.....  
.....  
.....

## **Antragstellung auf BAFöG**

Ich stelle für meinen Sohn/meine Tochter .....

geb. am .....

wohnhaft in .....  
.....

Landkreis .....

vorläufig Antrag auf

BAFöG und  
Gewährung von Hilfe (BaySchFG).

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift - Erziehungsberechtigte/r

**Infoblatt mit den Anmeldeunterlagen unterschrieben zurückgeben!**

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

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

**Erstattung der Fahrkosten:**

- immer die günstigste Fahrkarte kaufen, aktuell 29 Euro Ticket
- das hierzu benötigte Nachweisformular der Schule erhalten Sie per Post
- wenn die Genehmigung vom Bezirk erfolgt ist, werden im Internatssekretariat die Fahrkosten monatlich ausbezahlt
- hierzu monatlich Screenshot vom Ticket erstellen
- bei Fragen bitte an das Internatssekretariat (Tel.: 09641/9241 601) wenden

Datum: .....

zur Kenntnis genommen: .....  
Unterschrift

Stand: März 2024



**Infoblatt für Ihre Unterlagen, bitte behalten!**

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

### **Erstattung der Fahrkosten:**

- immer die günstigste Fahrkarte kaufen, aktuell 29 Euro Ticket
- das hierzu benötigte Nachweisformular der Schule erhalten Sie per Post
- wenn die Genehmigung vom Bezirk erfolgt ist, werden im Internatssekretariat die Fahrkosten monatlich ausbezahlt
- hierzu monatlich Screenshot vom Ticket erstellen
- bei Fragen bitte an das Internatssekretariat (Tel.: 09641/9241 601) wenden

**Infoblatt für Ihre Unterlagen**

Stand: März 2024

# Information zum Internat

Bitte dieses Blatt herausnehmen und aufheben!

## Kosten:

Die Internatskosten von zurzeit **1.210,00 € monatlich** werden auf **Antrag** zum Teil durch folgende Behörden erstattet:

- Landratsamt** Amt für Ausbildungsförderung (BAFöG)  
(die bewilligte Förderung ist an das St. Michaels-Werk zur Deckung der Internatskosten weiterzuleiten -darf **nicht** vom Schüler behalten werden)
- Bezirk** (Oberpfalz/Oberfranken)  
Über den Antrag auf Gewährung von Hilfe berechnet der Bezirk die von den Eltern zu leistende Eigenbeteiligung an den Internatskosten auf Grundlage deren **Vermögensverhältnissen** (= sog. häusliche Einsparung).
- von den **Eltern**  
Die vom Bezirk errechneten „sogenannten“ häuslichen Einsparungen sind von den Eltern an das St. Michaels-Werk zu überweisen.



## Voraussetzung für die Aufnahme ins Internat:

- Masernschutzgesetz:

Seit dem 01.03.2020 ist ein ärztlicher Nachweis hinsichtlich des Masernschutzes notwendig.

(Falls noch nicht vorhanden das beiliegende Formular vom Arzt ausfüllen lassen)

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unser Internatssekretariat: 09641/9241-601

## **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/in oder sofern nicht volljährig, Erziehungsberechtigte/r

---

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