

Sportmittelschule Nüziders

Schulgasse 14
A-6714 NÜZIDERS



Tel.: 0 5552 / 623 45
Fax: 0 5552 / 623 45-6

E-Mail: direktion@smsnueziders.at
Website: www.smsnueziders.at

Anmeldung zum Aufnahmetest in die Sportklasse im Schuljahr 2025/26

Wir bitten Sie, die rechte Seite des Formulars nach Möglichkeit digital auszufüllen.

Schüler:in	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienname, Vorname	
Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum	
Postleitzahl und Wohnort	
Straße und Hausnummer	
Muttersprache	
Herkunftsschule / Klasse	
Krankheiten / Medikamente Es ist die Pflicht der Erziehungsberechtigten, die Schule über eine Erkrankung sowie über alle zeitlichen und ablaufmäßigen Vorgaben einer allenfalls zu treffenden Notfallmaßnahme zu informieren	<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Autismus <input type="checkbox"/> sonstige Krankheit bitte eintragen Besonderheit: <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> psychisch <input type="checkbox"/> Dauermedikament <input type="checkbox"/> Notfallmedikament
Ich betreibe folgende Sportarten:	
Verein (seit)	
Wie oft trainierst Du pro Woche?	
Eltern / Erziehungsberechtigte	
Familienname, Vorname	
Postleitzahl und Wohnort	
Straße und Hausnummer	
Telefonnummer	
E-Mail	

Hiermit melden wir unser Kind zur Aufnahmeprüfung am 20. (Mädchen) bzw. 23. Jänner 2025 (Knaben) in die erste Klasse der Sportmittelschule Nüziders für das kommende Schuljahr an.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Anmeldung nur berücksichtigt werden kann, wenn sie zusammen mit dem ärztlichen Attest sowie einer Kopie des Abschlusszeugnisses der 3. Klasse Volksschule bis spätestens Donnerstag, 09. Jänner 2025 in der Direktion eingelangt ist.

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Sportmittelschule Nüziders

Schulgasse 14
A-6714 NÜZIDERS



Tel.: 05552 / 623 45
Fax: 05552 / 623 45-6

E-Mail: direktion@smsnueziders.at
Website: www.smsnueziders.at

Ärztliche Bestätigung

Ich bestätige, dass aus ärztlicher Sicht gegen

- die Absolvierung des sportmotorischen Aufnahmetests und
- die Aufnahme in die Sportklasse der Sportmittelschule Nüziders (wöchentlich zusätzlich vier bis fünf Turnstunden)

des Kindes (Nachname, Vorname)

nichts einzuwenden ist.

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes