



Markt 22
5450 Werfen
Tel. : 0 64 68 / 5349
E-Mail: direktion@ms-werfen.salzburg.at
Internet: www.ms-werfen.salzburg.at
Leitung: DMS VD OSR Dipl. -Päd. Gudrun Bayrhammer

ZUNAME: VORNAME:

SOZVERS.NR.: GEB.DATUM:

GESCHLECHT: m w STAATSBÜRGER/IN:

RELIGIONSBEKENNTNIS:

LAND: PLZ: ORT:

STRASSE: HAUSNR.:

ANREDE/TITEL: ZUNAME: VORNAME:

.....

TELEFONNR.: E-MAIL ADRESSE: HANDY:

.....

ZULETZT BESUCHTE SCHULE: (genaue Schulbezeichnung/Adresse)

--



Mittelschule und Sport - Mittelschule Werfen

Markt 22
5450 Werfen
Tel. : 0 64 68 / 5349
E-Mail: direktion@ms-werfen.salzburg.at
Internet: www.ms-werfen.salzburg.at
Leitung: DMS VD OSR Dipl. -Päd. Gudrun Bayrhammer

BEWERBUNG AN EINER ANDEREN SCHULE:

(bitte die Wunschreihenfolge angeben)

	Name der Wunschschulen	CODE
2. Wunsch		
3. Wunsch		
4. Wunsch		

Mit der Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten wird der automationsgestützten Verarbeitung der Schüler/innendaten zugestimmt.

.....
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

VON DER SCHULE AUSZUFÜLLEN

Unterlagen, die der Schüler/die Schülerin beigelegt hat:

- ☐ Semesterzeugnis (Original)
- ☐ Semesterzeugnis (Kopie)
- ☐ Positives ärztliches Attest

Entgegengenommen (Kurzzeichen): am:

(Stempel)

Uhrzeit: Uhr