



## Mittelschule und Sport - Mittelschule Werfen

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

# ANMELDUNG für die SPORTKLASSE 2026/27

ZUNAME: ..... VORNAME: .....

SOZVERS.NR.: ..... GEB.DATUM: .....

GESCHLECHT: m w STAATSBÜRGER/IN: .....

RELIGIONSBEKENNTNIS: .....

LAND: ..... PLZ: ..... ORT: .....

STRASSE: ..... HAUSNR.: .....

### ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R:

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](mailto:direktion@ms-werfen.salzburg.at)  
Internet: [www.ms-werfen.salzburg.at](http://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 beigefügt hat:

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

Entgegengenommen (Kurzzeichen): ..... am: .....

(Stempel)

Uhrzeit: ..... Uhr