

Anmeldebogen Schuljahr 20. ./ . .

Fachschule für Sozialbetreuungsberufe

- Fach-SozialbetreuerIn/Altenarbeit (2 J.) Fach-SozialbetreuerIn/Behindertenarbeit (2 J.)
 Diplom-SozialbetreuerIn/Altenarbeit (3 J.) Diplom-SozialbetreuerIn/Behindertenarbeit (3 J.)
 Diplom-SozialbetreuerIn/Familienarbeit (3 J.) Fach-SozialbetreuerIn/Behindertenbegleitung (2 J.)
 Diplom-SozialbetreuerIn/Behindertenbegleitung (3 J.)

für jede Ausbildung: Tagesform (ab 17. Lj.)
 Berufstätigenform (ab 19. Lj.)

Internat: ja nein

Bewerber/in

Anrede: Frau Herr

Vorname(n): _____

Nachname: _____

Sozialvers.-Nr.: _____

Kundennummer*: _____

** bitte nicht ausfüllen!*

Foto

Anschrift

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Bundesland: _____

Persönliche Daten

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Geburtsname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Staatsbürgerschaft: _____

Religionsbekenntnis: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden

Anzahl der Kinder: _____

Kommunikation Schüler/in

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Kommunikation Erziehungsberechtigte

Name(n) d. Erziehungsberechtigten:

eigenberechtigt Jugendamt

Vater Heimleiter

Mutter

Großvater

Großmutter

sonst. _____

Telefon/Mobil*: _____

** tagsüber erreichbar*

Anschrift: _____

Im Notfall zu verständigende Person

Namen: _____

Telefon/Mobil*: _____

** tagsüber erreichbar*

Schullaufbahn

Jahre Schultyp Name/Ort der Schule

_____ VS _____

_____ HS _____

_____ Polyt.Lg. _____

_____ AHS _____

_____ BMS _____

_____ BHS _____

_____ sonst. _____

positive 9. Schulstufe: ja nein

Schulabschluss: _____

Beizulegende Dokumente

- Handgeschriebener Lebenslauf (inkl. Pflegepraktika)
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde
- Strafregisterauszug (beim Aufnahmetag nicht älter als 3 Monate)

- Abschlusszeugnis 8. Schulstufe
- Abschlusszeugnis 9. Schulstufe
- Abschlusszeugnis Berufs- bzw. Schulausbildung
- Dienstzeugnisse

- Stellungnahme der Pflegedienstleitung
- Ärztliches Zeugnis (beim Aufnahmetag nicht älter als 3 Monate)

- zwei frankierte, beschriftete A4 Kuvert
- Aufnahmegebühr € 25,00 (mitzunehmen beim Aufnahmetag)

_____ Name

Gesundheitsfragebogen

Fachschule für Sozialbetreuungsberufe

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgetreu. Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben unter Datenschutz stehen.

Haben oder hatten Sie Probleme mit der Wirbelsäule?

nein ja welche _____

Haben oder hatten Sie Probleme mit den Gelenken?

nein ja welche _____

Haben Sie Probleme mit der Haut?

nein ja welche _____

Bestehen Allergien?

nein ja welche _____

Leiden Sie an folgenden Krankheiten?

Krankheiten:

ärztliche Behandlung:

welche:

Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere psych. Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bestand bei Ihnen schon einmal der Verdacht auf Tuberkulose, Hepatitis oder andere schwere infektiöse Erkrankungen?

nein ja wann und welche _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja welche _____

Hatten Sie schon einmal einen Unfall mit schweren Verletzungen?

nein ja wann und welche _____

Bestehen bei Ihnen Einschränkungen des Hörvermögens?

nein ja welche _____

Bestehen bei Ihnen Einschränkungen der Sehleistung?

nein ja welche _____

Welche Impfungen haben Sie erhalten?

Datum der letzten Impfung:

FSME	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	_____
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	_____
Tetanus	<input type="checkbox"/>	_____
Röteln	<input type="checkbox"/>	_____
Kinderlähmung (Polio)	<input type="checkbox"/>	_____
Meningokokken	<input type="checkbox"/>	_____

Sonstiges

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Konsumieren Sie auch andere Drogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Einverständniserklärung*

Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn

- die erforderlichen **Impfungen** erhält
- Kaliumjodidtabletten** erhält (im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden)

Ort, Datum

Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten
* für minderjährige Schüler/innen