

Anmeldung

am
Kolleg für Elementarpädagogik
BAfEP 8, 1080 Wien, Albertgasse 38
für die Ausbildung
zur Kindergartenpädagogin / zum Kindergartenpädagogen

6-semestrige berufsbegleitende Abendform

Unterrichtszeiten (Anwesenheitspflicht)

Montag 17:00 – 22:00 Uhr

Mittwoch 17:00 – 22:00 Uhr

Freitag 14:30 – 22:00 Uhr

Fallweise Samstag + 2x Dienstag im Oktober und November jeweils 17:30 – 20:30 Uhr

Bitte leserlich in Blockbuchstaben ausfüllen!

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geschlecht:	Religionsbekenntnis:
Staatsbürgerschaft:	Familienstand:
Sozialversicherungsnummer:	Erstsprache:
Adresse (Hauptwohnsitz):	
Tel.Nr.:	E-mail:
Derzeit ausgeübter Beruf:	
Arbeitsstelle:	

Bitte auch die 2. Seite inkl. Datum und Unterschrift ausfüllen!

Zulassung zur Kolleg-Ausbildung aufgrund der

Reifeprüfung

Studienberechtigungsprüfung

wurde / wird abgelegt am _____ an der _____
(Datum) (Name der Schule)

Falls Sie zum Zeitpunkt der Anmeldung die Reifeprüfung/Studienberechtigungsprüfung noch nicht abgelegt haben, müssen Sie das Reife-/Studienberechtigungsprüfungszeugnis sofort nachreichen, nachdem Sie es erhalten haben!

Spätestens am 3.7.2020 muss der positive Abschluss nachgewiesen werden.

Haben Sie bereits eine Eignungsprüfung an einer Bildungsanstalt für Elementarpädagogik abgelegt?

Ja Nein

Falls ja, wann und an welcher Schule? _____
(Datum) (Name der Schule)

Haben Sie sich dieses Jahr bereits an einer anderen Bildungsanstalt für Elementarpädagogik zur Eignungsprüfung angemeldet?

Ja Nein

Falls ja, wann und an welcher Schule? _____
(Datum) (Name der Schule)

Kopien folgender Dokumente sind beizulegen:

- Geburtsurkunde
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Meldebestätigung,
- ggf. Heiratsurkunde
- gültiger Aufenthaltstitel von Nicht-EU-BürgerInnen
- Reifeprüfungszeugnis
- Jahreszeugnis der letzten Klasse vor der Reifeprüfung
- Zeugnisse über Ausbildungsgänge nach der Reifeprüfung
- falls die Zeugnisse und Dokumente nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, ist eine persönliche Anmeldung notwendig. Es sind sowohl die beglaubigten Original-Zeugnisse und Original-Dokumente plus eine Übersetzung in die deutsche Sprache, die von einem gerichtlich beeideten Übersetzer in Österreich durchgeführt wurde, als auch Kopien von allem vorzulegen!
- Nachweis der Deutschkenntnisse auf Niveau B2
- Lebenslauf
- österreichischer Fahrtenschwimmerausweis
- ein bereits mit Briefmarke und mit Ihrem Namen und Ihrer Adresse versehenes Kuvert

Nach Einlangen Ihrer Anmeldung (die Unterlagen müssen vollständig sein!) wird Ihnen die Einladung zur Eignungsprüfung per E-Mail zugesendet oder – bei persönlicher Anmeldung – übergeben.

Ich bin mit der elektronischen Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

F R A G E B O G E N S C H U LÄRZTIN – Seite 1

bitte selbst ausfüllen, nicht von einem Arzt ausfüllen lassen!

Ihre Angaben sind nur für unsere Schulärztin bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin. Beide Fragebögen sind vollständig ausgefüllt am Tag der schulärztlichen Untersuchung mitzubringen und der Schulärztin zu übergeben.

Familienname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich Geb.-Datum: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Sind Ihre Eltern zuckerkrank?	Vater: ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Mutter: ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind Ihre Eltern übergewichtig?	Vater: ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Mutter: ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Keuchhusten	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Scharlach	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Röteln	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Windpocken	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	sonstige	_____	
Mumps	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Gelbsucht	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	sonstige	_____	

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenksentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwege, Haut, Nervensystem

Bitte zutreffendes unterstreichen.

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? _____

Wurden Sie gegen FSME (Zecken) geimpft? ja nein letzte Impfung am: _____

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Häufiger Kopfschmerz	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Allergien (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel, Insektenallergie)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zuckerrankheit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Sehfehler	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ohnmachtsneigung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Hörfehler	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Anfallsleiden	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Sprachfehler	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>			

Datum

Unterschrift

F R A G E B O G E N S C H U LÄRZTIN – Seite 2

Familienname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich Geb.-Datum: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Leiden Sie an einer Krankheit? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sind/Waren Sie eingeschränkt beim Sport? Ja Nein

Wenn ja, warum?

Sind/Waren Sie eingeschränkt beim Schwimmen? Ja Nein

Wenn ja, warum?

Hatten Sie jemals Verletzungen, Knochenbrüche oder Gelenksprobleme? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Waren Sie jemals im Krankenhaus? Ja Nein

Wenn ja, warum?

Waren Sie einmal bewusstlos oder hatten Sie Krampfanfälle? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Haben/Hatten Sie eine Kieferfehlstellung? Ja Nein

Sind/ Waren Sie in Kieferorthopädischer Behandlung Ja Nein

Haben/Hatten Sie einen Sprachfehler? Ja Nein

Sind/ Waren Sie in Logopädischer Therapie? Ja Nein

Datum

Unterschrift