

Anmeldung

am

Kolleg für Elementarpädagogik

BAfEP 8, 1080 Wien, Albertgasse 38

für die Ausbildung

zur Kindergartenpädagogin / zum Kindergartenpädagogen

4-semestrige Tagesform / Vollzeit

Standard

Jobs PLUS Ausbildung

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 29.06.2019 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)

Die Anmeldung ist per E-Mail (sek2.bafep8@908810.bildung-wien.gv.at) oder per Post an die BAfEP 8, 1080 Wien, Albertgasse 38, zu senden. 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 (ausreichend frankiert) und mit Ihrem Namen und Ihrer Adresse versehenes Din A4 Kuvert

Wenn Ihre Anmeldung mit den Unterlagen bis 30. März bei uns eingelangt ist, wird Ihnen die Einladung zur Eignungsprüfung in der Woche vor Ostern per E-Mail zugesendet.

Sollten die Unterlagen nicht vollständig sein, melden wir uns.

Ich bin mit der elektronischen Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

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 nein Mutter: ja nein

Sind Ihre Eltern übergewichtig? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern ja nein Keuchhusten ja nein Scharlach ja nein

Röteln ja nein Windpocken ja nein sonstige _____

Mumps ja nein Gelbsucht ja nein 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 nein Häufiger Kopfschmerz ja nein

Allergien (Ekzem, Heuschnupfen, Chronische Mittelohrentzündung ja nein

Arzneimittel, Insektenallergie) ja nein (Trommelfellverletzung) ja nein

Zuckerrankheit ja nein Sehfehler ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein Hörfehler ja nein

Anfallsleiden ja nein Sprachfehler ja nein

Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) ja nein

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