

# Anmeldung

am

## Kolleg für Elementarpädagogik

BAfEP 8, 1080 Wien, Albertgasse 38

für die Ausbildung

zur Kindergartenpädagogin / zum Kindergartenpädagogen

**4-semestrige Tagesform / Vollzeit  
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 30.06.2023 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 bis 17. Februar 2023 persönlich abzugeben 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*

*Die Eignungsprüfung im Rahmen der Jobs Plus Ausbildung findet am 25. Februar 2023 statt.*

**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 L Ä R Z T I N – 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Keuchhusten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Scharlach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Röteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Windpocken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sonstige	<hr/>	
Mumps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelbsucht	<input type="radio"/>	<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 ESME (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)			Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)		
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, Bettlässen, 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