

ANMELDUNG

zum 6-semesterigen Lehrgang für Inklusive Elementarpädagogik zur Ausbildung von
KindergärtnerInnen zu **SonderkindergärtnerInnen.**

Berufsbegleitende Abendform

Beginn: Anfang September (Wiener Schulbeginn) an der
Bundesbildungsanstalt für Elementarpädagogik,
1080 Wien, Albertgasse 38.

Name:

geb. am: in:

Geschlecht: Familienstand:

Staatsbürgerschaft: aktuelles Religions-Bekenntnis:

Sozialversicherungsnummer: Erstsprache:.....

Adresse Hauptwohnsitz:

Tel.Nr.:

e-mail:

Adresse während der Ausbildung:

Reife-u.Diplom-(bzw.Befähigungs) prüfung abgelegt an der:
(Name der Bakip/BAfEP)

Datum des Reife-u.Diplom-(bzw.Befähigungs) prüfungszeugnisses:

Derzeit tätig als:

Arbeitsstelle:

(Ferial)praxis mit behinderten Kindern absolviert: ja nein

wenn ja – wo:

Datum: Unterschrift:

Bitte die 2. Seite beachten !!

Folgende Unterlagen sind (in Kopie) Ihrer Anmeldung beizulegen:

- Geburtsurkunde
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Meldezettel
- ggf. Heiratsurkunde
- Reife- und Diplom-(bzw. Befähigungs) prüfungszeugnis für Kindergartenpädagogik (so noch nicht vorhanden – Semesterzeugnis der letzten Klasse Bakip/BAfEP)
- tabellarischer Lebenslauf
- Passfoto
- Ausgefüllte Schularztfragebögen (bitte in einem verschlossenen Kuvert beilegen)
- ein logopädischer Befund über Stimme und Sprache durchgeführt von eine/m/r dipl. Logopäd/in (kann – so noch nicht vorhanden – auch in der Zeit zwischen Anmeldeschluss und Schulbeginn nachgereicht werden)
- zwei mit Ihrem Namen und Ihrer Adresse versehene und ausreichend frankierte Kuverts im Format C5 oder C6, frankiert mit jeweils einer 1,25 Euro Briefmarke (Bei persönlicher Anmeldung ist nur ein frankiertes, mit Ihrem Namen und Ihrer Adresse versehenes Kuvert mitzubringen).

Wir empfehlen, eine Ferialpraxis mit behinderten Kindern zu absolvieren.

Die Anmeldung ist an die BAfEP 8, 1080 Wien, Albertgasse 38, zu senden (kann auch Mo – Fr von 8 – 11 h im Sekretariat abgegeben werden).

Nach dem Ende der Anmeldefrist erhalten Sie eine schriftliche Einladung zu einem persönlichen Aufnahme- und Informationsgespräch, das voraussichtlich im April oder Mai stattfinden wird.

Das Reife-u. Diplom- (bzw. Befähigungs) prüfungszeugnis muss spätestens am 31.08.2018 vorgelegt werden!

F R A G E B O G E N – Seite 1
bitte selber ausfüllen, nicht von einem Arzt ausfüllen lassen

Ihre Angaben sind nur für unsere **Schulärztin** bestimmt . Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **verschlossenen Kuvert** mit der Aufschrift **„An die Schulärztin“** der Anmeldung beigelegt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin.

Familienname: _____ Vorname: _____
Geschlecht: männlich weiblich Geb.-Datum /TT.MM.JJJJ) _____
Telefon _____
Adresse: _____

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

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, 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="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Häufiger Kopfschmerz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Allergien (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel, Insektenallergie)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Sehfehler	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Hörfehler	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Sprachfehler	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			

Datum

Unterschrift

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

F R A G E B O G E N für die Schulärztin - Seite 2

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN!

LEIDEN SIE AN EINER KRANKHEIT? JA NEIN
WENN JA, WELCHE?

NEHMEN SIE REGELMÄßIG MEDIKAMENTE?
WENN JA, WELCHE? JA NEIN

HABEN SIE ALLERGIEN? JA NEIN
WENN JA, WELCHE?

SIND/WAREN SIE EINGESCHRÄNKT BEIM SPORT
WENN JA, WARUM? JA NEIN

SIND/WAREN SIE EINGESCHRÄNKT BEIM SCHWIMMEN
WENN JA, WARUM? JA NEIN

HATTEN SIE JEMALS VERLETZUNGEN, KNOCHENBRÜCHE oder
GELENKSPROBLEME? JA NEIN
WENN JA, WELCHE?

WAREN SIE JEMALS IM KRANKENHAUS?
WENN JA, WARUM? JA NEIN

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

Bitte Zutreffendes ankreuzen.