

ANMELDUNG – Schuljahr 20../..

Schule für Sozialbetreuungsberufe
der Caritas für Betreuung und Pflege
Langbathstraße 44, 4802 Ebensee am Traunsee

Fach-Sozialbetreuer/in Altenarbeit (4 Sem.)

Fach-Sozialbetreuer/in Behindertenarbeit (4 Sem.)

Diplom-Sozialbetreuer/in Altenarbeit (6 Sem.)

Diplom-Sozialbetreuer/in Behindertenarbeit (6 Sem.)

Diplom-Sozialbetreuer/in Familienarbeit (6 Sem.)

Fach-Sozialbetreuer/in Behindertenbegleitung (4 Sem.)

Diplom-Sozialbetreuer/in Behindertenbegleitung (6 Sem.)

Wohnhaus: ja nein

Stiftung: ja nein

Name der Stiftung: _____

Bewerber/in

Anrede: Frau Herr

Vorname(n): _____

Nachname: _____

Sozialvers.-Nr.: _____

**Hier bitte
unbedingt
Foto
einkleben!**

Anschrift

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Bundesland: _____

Kommunikation Studierende/r

Telefon: _____

E-Mail: _____

Schullaufbahn

Jahre	Schultyp	Name/Ort der Schule
_____	VS	_____
_____	HS	_____
_____	Polyt. Lg.	_____
_____	AHS	_____
_____	BMS	_____
_____	BHS	_____
_____	sonst.	_____

positive 9. Schulstufe: ja nein

Höchster Schulabschluss:

Persönliche Daten

Geburtsdatum: _____

Geburtsort/Staat: _____

Geburtsname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Staatsbürgerschaft: _____

Religionsbekenntnis: _____

Familienstand: ledig in Gemeinschaft lebend

verheiratet geschieden verwitwet

Anzahl der Kinder: _____

Im Notfall zu verständigende Person

Namen: _____

Telefon: _____

Kommunikation Erziehungsberechtigte (auszufüllen nur für minderjährige Bewerber/innen)

Name(n) d. Erziehungsberechtigten:

Mutter

Großmutter

Vater

Großvater

_____ sonst.

Telefon: _____

Anschrift: _____

Gesundheitsfragen

Schule 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 _____

Einverständniserklärung – Kaliumjodidtabletten
(auszufüllen nur für minderjährige Bewerber/innen)

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

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

Ort, Datum

Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten

Hinweis zu den Impfungen:

Die Impfungen gegen **Mumps, Masern, Röteln (MMR)** und **Varizellen (Windpocken)** sind notwendig, um die Pflichtpraktika in den Krankenhäusern absolvieren zu können. Bitte um Nachweis im Impfpass. Bei bereits durchgemachten Infektionen ist ein Immunitätsnachweis durch eine Titerbestimmung vorzulegen.

Die **Impfung gegen Hepatitis B** wird laut WHO und dem österreichischen Impfplan **empfohlen**.

Besonders wichtig ist diese Impfung für **Risikopersonen**, zu denen alle in medizinischen Berufen tätigen Personen – auch Studierende dieser Berufe – zählen.

Daher wird diese Impfung zu Ausbildungsbeginn über die Schule organisiert.

Einwilligung Art. 6 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Ich gebe gemäß Art. 6 DSGVO die Einwilligung, dass die oben angeführten personenbezogenen Daten und Fotos ausschließlich für schulische und organisatorische Zwecke teilweise oder vollständig verarbeitet werden dürfen (Klassenlisten, Praktikumslisten, etc.).

Datum

Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers bzw.
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Beizulegende Dokumente

- Lebenslauf (inkl. einschlägige Praktikumserfahrungen)
- Staatsbürgerschaftsnachweis (in Kopie)
- Geburtsurkunde (in Kopie)
- Heiratsurkunde (in Kopie)
- Strafregisterauszug im Original (beim Aufnahmetag nicht älter als 3 Monate)

- Abschlusszeugnis 8. Schulstufe (in Kopie)
- Abschlusszeugnis 9. Schulstufe (in Kopie)
- Abschlusszeugnis Berufs- bzw. Schulausbildung (in Kopie)
- Dienstzeugnisse (in Kopie)

- Beurteilung des Schnupperpraktikums im Original
(unsere Vorlage verwenden) bis spätestens Schulbeginn abgeben
- Ärztliches Zeugnis im Original (unsere Vorlage verwenden und
beim Aufnahmetag nicht älter als 3 Monate)

- Impfpass unbedingt am 1. Schultag mitnehmen

- Aufnahmegebühr € 25,00 (mitzunehmen beim Aufnahmetag)
- Bitte 1 Passfoto auf der ersten Seite dieses Anmeldebogens aufkleben