

**BAfEP | Don Bosco Schulen**

Bildungsanstalt für Elementarpädagogik

A-4840 Vöcklabruck | Linzer Straße 98

Tel.: +43 7672 248 15-33 | Fax.: +43 7672 248 15-20

E-Mail: [dbs.direktion.bafep@eduhi.at](mailto:dbs.direktion.bafep@eduhi.at) | Web: [www.donboscoschulen.at](http://www.donboscoschulen.at)

## ANMELDUNG ZUR EIGNUNGSPRÜFUNG

**Prüfungstermin:** Dienstag, 6. Februar 2018**Anmeldeschluss:** Freitag, 2. Februar 2018

(per Post, Fax oder Mail-Anhang an die obige Adresse)

**Informationen:** Siehe <http://www.donboscoschulen.at/downloads.html>

Name	
Adresse: Straße PLZ, Ort	
Telefon Erz.berechtigte	
E-Mail-Adresse Erz.berechtigte	
Geburtsdatum	
Besuchte Schule/ bisherige Ausbildung	
Anmeldung für	<input type="checkbox"/> BAfEP fünfjährig <input type="checkbox"/> KOLLEG      (bitte ankreuzen)

Es wird darauf hingewiesen, dass am Tag der Eignungsprüfung KEINE PARKGELEGENHEIT bei der Schule zur Verfügung steht!

# Gesundheitsbogen

(bitte am Tag der Eignungsprüfung direkt bei der Schulärztin abgeben!)

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

**Familienname , Vorname**

\_\_\_\_\_

**Geschlecht:**  weiblich  männlich

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

TT.MM.JJJJ

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Sind die Eltern zuckerkrank?** Mutter ja  nein   
Vater ja  nein

**Welche Infektionskrankheiten oder sonstige schwere Erkrankungen wurden durchgemacht?**

Windpocken (Feucht-/Schafblattern)  ja  nein

Scharlach  ja  nein

Sonstige \_\_\_\_\_

**Bestanden oder bestehen andere Krankheiten**, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem? **Bitte Zutreffendes unterstreichen.**

Nähere Angaben: \_\_\_\_\_

**Operationen oder bleibende Unfallfolgen:** \_\_\_\_\_

**Regelmäßige Medikamenteneinnahme:**  ja  nein  
welche: \_\_\_\_\_

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen durchgeführt? ?  ja  nein  
**Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitbringen!**

**Besteht im Besonderen:**

Asthma bronchiale  ja  nein Häufiger Kopfschmerz  ja  nein

Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-/Insektenallergie)  ja  nein Chronische Mittelohrentzündung  ja  nein  
(Trommelfellverletzung)

Zuckerkrankheit  ja  nein Sehfehler  ja  nein

Ohnmachtsneigung  ja  nein Hörfehler  ja  nein

Anfallsleiden  ja  nein Sprachfehler  ja  nein

Auffälligkeiten (Schlafschwierigkeiten, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, Unruhe)  ja  nein

sonstige Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

Körperliche Eignung zum Tauchen  ja  nein

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_