

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 | Web: www.donboscoschulen.at



INFORMATION ZUR EIGNUNGSPRÜFUNG KOLLEG

- Prüfungstermin:** Dienstag, 6. Februar 2018
- Anmeldeschluss:** Freitag, 2. Februar 2018
(per Post, Fax oder Mail-Anhang an die obige Adresse)
- Anmeldeformular:** Siehe <http://www.donboscoschulen.at/downloads.html>
- Vorbereitung:** Lied und Kanon vorsingen
- Mitzunehmen ist:** Turnzeug
Bleistift, Farbstifte, Faserstift schwarz, Spitzer, Lineal und Radiergummi
20 € Anmeldegebühr (für schulärztliche Untersuchung und Postgebühren)
Gesundheitsfragebogen ausgefüllt mitbringen
(und direkt bei der schulärztlichen Untersuchung abgeben)
Impfpass
- Ablauf:** 12:30 Uhr: Ankunft
- Es besteht keine Parkmöglichkeit bei der Schule!
- 12:30 bis 12:45 Uhr: Bestätigung der Anmeldung
Bezahlung der 20 €
Unterschrift der Prüfungsfähigkeit
- 12:45 bis 13:00 Uhr: Information und Gruppeneinteilung im Festsaal
- 13:00 Uhr: Beginn der Prüfungen (bis ca. 17:30 Uhr)
- Donnerstag, 9. Februar 2017 werden die Ergebnisse auf einer Liste (Aushang und Homepage) bekanntgegeben.

Teilprüfungen: Musikalische Bildbarkeit
Schöpferisches Gestalten
Körperliche Gewandtheit und Belastbarkeit
Soziale Kontakt- und verbale Kommunikationsfähigkeit

Nähere Informationen:

siehe Infoblatt über Eignungsprüfung und
Information am Tag der offenen Tür

Anmeldungen: Voraussetzung: bestandene Eignungsprüfung
Reifeprüfung (RP, RDP, BRP, StBP)
Anmeldezeitraum: jederzeit bis Freitag, 02.03.18
Terminvereinbarung mit Schulleiterin

Im Rahmen der Anmeldung ist ein Aufnahmegespräch
mit der Schulleiterin zu führen.

Mitzubringen sind:

Anmeldeformular
Original-Reifeprüfungszeugnis (oder StBP, BRP)
Geburtsurkunde
Lebenslauf, Motivationsschreiben

Vorhandene Schwimmscheine (Freischwimmer, Fahrtenschwimmer,
Allroundschwimmer, etc.)

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 <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Vater	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

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: _____