

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 BAfEP

- 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:** Hausschuhe, Jause, Getränk
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:**
- 7:45 bis 8:00 Uhr: Ankunft
Bitte die Schüler/innen am Parkplatz aussteigen lassen und nicht am Schulparkplatz parken!
Die Schüler/innen können um ca. 13:30 Uhr wieder abgeholt werden.
- 8:00 bis 8:15 Uhr: Bestätigung der Anmeldung
Bezahlung der 20 €
Unterschrift der Prüfungsfähigkeit
- 8:15 bis 8:30 Uhr: Information und Gruppeneinteilung im Festsaal
- 8:30 Uhr: Beginn der Prüfungen (bis ca. 13:30 Uhr)
- Donnerstag, 9. Februar 2017 werden die Ergebnisse auf einer Liste (Aushang und Homepage) bekanntgegeben.
- Einsenden einer Kopie der **Schulnachricht** bis spät. 16.2. um 16:30 Uhr!
(per Mail, Fax oder Post)

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: _____