

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.sekretariat@eduhi.at | Web: 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: _____