



Antrag zur Aufnahme in die **Fachschule Sozialpädagogik** am
OSZ Teltow-Fläming für das Schuljahr _____

**zur vollzeitschulischen Ausbildung
zur Erzieherin/zum Erzieher**



Allgemeines

Name:		Vorname:		
geboren am	in	weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/>	
Staatsangehörigkeit		in Deutschland lebend seit:	Sprache(n)	
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße)				
Telefonnummer(n)		Email		

Schule/Beruf

zuletzt besuchte Schule
(voraussichtlich) erreichter Schulabschluss
ggf. abgeschlossener Ausbildungsberuf

Ort, Datum	Unterschrift
-------------------	---------------------

Mit einzureichen sind:

- Bewerbungsschreiben
- Lebenslauf
- 2 Passbilder (für Schülerakte und Schülerschein)
- **beglaubigte Kopie** Abschlusszeugnis der 10. Klasse (mind. Fachoberschulreife) oder Fachhochschulreife/Allg. Hochschulreife
- ggf. Praktikumsnachweis über 200 Std. (Richtwert)
- ggf. Nachweis abgeschlossene Berufsausbildung
- unterschriebene Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten bei Minderjährigkeit zur Zeit der Antragstellung
- Impfstatus (siehe Vorlage)



Vorlage Impfstatus



Sehr geehrte Bewerberin,
sehr geehrter Bewerber,

Sie beabsichtigen am Oberstufenzentrum Teltow-Fläming eine Ausbildung zur Erzieherin / zum Erzieher zu absolvieren.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Durchführung einer arbeitsmedizinischen Pflichtuntersuchung gemäß § 15a Abs. 3 der Biostoffverordnung Voraussetzung für den Praktikumseinsatz mit der entsprechenden Tätigkeit ist. Termine dafür werden in den ersten Schulwochen an unserem Oberstufenzentrum für Sie organisiert.

Wichtige Grundlage für diese Untersuchung ist die **Vorlage des Impfstatus**.

Bitte lassen Sie sich die bereits erhaltenen Impfungen im unten angeführten Formular bestätigen.

Mit freundlichen Grüßen

gez. B. Fugmann-Andrä
Abteilungsleiterin

Bestätigung - Impfstatus für die Ausbildung in sozialen Einrichtungen

Hiermit bestätige ich,
(Name des Hausarztes und Stempel)

dass bei Frau / bei Herrnfolgender Impfstatus gewährleistet ist:
(Name der Schülerin / des Schülers)

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|
| - Bordetella pertussis (Keuchhusten) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | } Bitte ankreuzen |
| - Masernvirus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| - Mumpsvirus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| - Rubivirus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| - Varizella-Zoster | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| - Hepatitis - A - Viren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| - Hepatitis - B - Viren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

* Folgende Impfung:wurde am:begonnen.

Datum:

Unterschrift: