



Antrag zur Aufnahme in die **Berufsfachschule Soziales** am  
OSZ Teltow-Fläming für das Schuljahr \_\_\_\_\_

zur **Ausbildung**

zur **Sozialassistentin/zum Sozialassistenten**



### 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

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
-------------------	---------------------

### Mit einzureichen sind:

- Bewerbungsschreiben
- Lebenslauf
- 2 Passbilder (für Schülerakte und Schülerausweis)
- **beglaubigte Kopie** Abschlusszeugnis Schule (mindestens erweiterte Berufsbildungsreife)
- Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung für die Sozialassistentenausbildung (Hausarzt)
- 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 Sozialassistentin/  
zum Sozialassistenten 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 Herrn .....folgender 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: