

Anmeldung

Hiermit melde ich mich am KOfEP Steyr an.

Persönliche Daten:

Familienname	Vorname(n)
Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
Geschlecht	Geburtsort
Staatsbürgerschaft	Religionsbekenntnis
Alltagssprache	Muttersprache
E-Mail	Mobilnummer

Dieser Antrag ist im Sekretariat bis 30.01.2026 abzugeben.

Folgende Dokumente müssen vorgelegt werden:

- Anmeldeformular
- Geburtsurkunde
- Reisepass
- Meldeauskunft
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Gesundheitsfragebogen (siehe Seite 2) in verschlossenem Kuvert
- Bestätigung über berufsfeldtypische Vorerfahrungen (z. B. Hospitation im Kindergarten etc.)
- Impfpass

Bitte nur eines ankreuzen:

- Ich melde mich hiermit für die Eignungsprüfung **am 04.02.2025** an der BAfEP Steyr an.
- Ich melde mich hiermit für die Eignungsprüfung **am 03.02.2026** an der BAfEP Steyr an.
- Ich habe die Eignungsprüfung bereits abgelegt, am:

Datum, Unterschrift

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent!

Ihre Angaben sind nur für die **Schulärztin** bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem Kuvert **verschlossen** der Schulärztin übergeben werden. Ein vollständig ausgefüllter Fragebogen erleichtert die Arbeit der Schulärztin erheblich.

Persönliche Daten der Schülerin/des Schülers:

Familienname	Vorname(n)
Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> div <input type="checkbox"/>
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Mobilnummer	E-Mail

Angaben zur Gesundheit:

Welche Infektionskrankheiten hatte der/die Schüler/in?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
welche:		

Wurde der/die Schüler/in gegen FSME, Keuchhusten (Pertussis) und/oder gegen Masern/Mumps/Röteln geimpft?	<input type="checkbox"/> FSME Grundimmunisierung (3x)	<input type="checkbox"/> FSME Auffrischung innerhalb der letzten 5 Jahre	<input type="checkbox"/> keine
	<input type="checkbox"/> MMR 2x	<input type="checkbox"/> MMR 1x	<input type="checkbox"/> keine
	<input type="checkbox"/> Keuchhusten innerhalb der letzten 10 Jahre		<input type="checkbox"/> keine
andere Impfungen:	<input type="checkbox"/> ja, alle empfohlenen	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> keine

Besteht im Besonderen:

Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	häufiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sehfehler, Brille, Linsen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hörfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronische Mittelohrentzündung				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-, Insekten-, Chlorallergie o. a.)				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Auffälligkeiten:

Datum, Unterschrift