

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:
 Eingang: Erfasst:
 AG nein WL am
 Zusage Klasse am
 Info1. Schultag Abgem.am:

Anmeldung Schuljahr 2026/27

VORBEREITUNGSLEHRGANG für die Schule für Sozialbetreuungsberufe

Foto

Familienname		Vorname(n)	
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> divers		Sozialversicherungsnummer	
Geburtsdatum	Geburtsort	Alltagssprache	Erstsprache
Staatsbürgerschaft		Religionszugehörigkeit	
Hauptwohnsitz, Straße	Hausnummer	PLZ	Wohnort
Telefonnummer		Aktuelle E-Mail-Adresse	
Höchster erfolgreicher Schulabschluss			

Gesetzliche Vertretung

Familienname, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Telefonnummer und Emailadresse

Beizulegende Unterlagen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> aktueller Lebenslauf | <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis |
| <input type="checkbox"/> Zeugnisse (Abschluss der Pflicht-Schule) | <input type="checkbox"/> ärztliches Attest (siehe Vorlage anbei) |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde | <input type="checkbox"/> allgemeiner Auszug aus dem Strafregister
(nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung) |
| <input type="checkbox"/> Kopie Meldezettel | |

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Änderungen gebe ich umgehend und schriftlich dem Ausbildungszentrum bekannt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewerber*in

.....
Unterschrift gesetzliche Vertretung

Ärztliches Attest zur Vorlage bei Hausärzt*in

Name:

Geburtsdatum: SV-Nr.

Sehvermögen: Hörvermögen:

Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Gelenke):

Herz-Kreislauf-Lungenfunktion:

Hautprobleme: nein ja welche:Allergien: nein ja welche:

Psychische Belastbarkeit :

Sonstige relevante Beeinträchtigungen oder Krankheiten:
.....
.....Impfungen werden im Rahmen der Ausbildung zu Schulbeginn der Fachausbildung erhoben
(Impfaktion LSD Sbg.)

Wir bitten Sie zu bestätigen, dass die erforderliche gesundheitliche Eignung zur Erfüllung der Berufspflichten in der Pflegeassistenz gegeben ist.
§ 27 Abs. 1 Z. 2 GuKG + § 10 Abs. 2 Z. 2 PA-PFA-AV.

Eignung Pflegeassistenz ist: gegeben nicht gegeben

.....

Ort, Datum

.....

Stempel und Unterschrift untersuchende Ärztin/
untersuchender Arzt