

Aufnahmeantrag für die staatliche Pflegeschule

1. Fachrichtung/Organisation		
<input type="radio"/> 1. Ausbildungsjahr <input type="radio"/> 2. Ausbildungsjahr <input type="radio"/> 3. Ausbildungsjahr		
Bitte füllen Sie den nachfolgenden Antrag sorgfältig aus und geben Sie ihn mit den geforderten beglaubigten Nachweisen bis spätestens zum 01. März des laufenden Jahres in der Schule ab. Später abgegebene Anträge können nur im Nachrückverfahren berücksichtigt werden, sofern ausreichend Schulplätze zur Verfügung stehen.		
2. Angaben zur Person		
Familienname:		Vorname(n):
Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers <input type="radio"/> ohne Eintrag	Religionszugehörigkeit: <input type="radio"/> katholisch <input type="radio"/> evangelisch <input type="radio"/> jüdisch <input type="radio"/> islamisch <input type="radio"/> sonstige <input type="radio"/> keine	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Geburtsland: <input type="radio"/> Deutschland oder <input type="radio"/> : _____		Staatsangehörigkeit: <input type="radio"/> deutsch oder <input type="radio"/> : _____
Falls Ihre Muttersprache nicht Deutsch ist: Familiensprache:	Falls Ihr Geburtsland nicht Deutschland ist: in Deutschland seit (Jahr):	--- Zuzugsart --- Kriegsflüchtling: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Straße und Hausnummer:		
PLZ und Wohnort:		
Telefon Festnetz Schüler/Schülerin:	Mobiltelefon Schüler/Schülerin:	E-Mail Schüler/Schülerin:
3a. Angaben über die Sorgeberechtigten		
<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> andere:		
Familienname:		Vorname(n):
Anschrift: <input type="radio"/> wie oben bei 2. <input type="radio"/> abweichend:	Straße und Hausnummer: PLZ und Wohnort:	
Telefon Festnetz Eltern:	Mobiltelefon Eltern:	E-Mail Eltern:
3b. Eventuell weitere Ansprechpartner		
<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> andere:		
Familienname:		Vorname(n):
Anschrift: <input type="radio"/> wie oben bei 2. <input type="radio"/> wie oben bei 3a. <input type="radio"/> abweichend:	Straße und Hausnummer: PLZ und Wohnort:	
Telefon Festnetz:	Mobiltelefon:	E-Mail:
Weiter mit den Punkten 4 bis 7 auf der nächsten Seite.		
Bearbeitungsvermerke, nur durch das Sekretariat der Schule auszufüllen		Datum, Unterschrift
<input type="radio"/> in Bewerberverfahren eingegeben <input type="radio"/> direkt als Schüler aufgenommen		
Endgültige Ablage des Vorganges (Datum) <input type="radio"/> Aufnahmebescheid <input type="radio"/> Warteliste <input type="radio"/> Angenommen <input type="radio"/> Nicht angenommen		

4. Angaben zur Zugangsberechtigung

<input type="radio"/> Mittlere Reife/qualifizierter Sekundarabschluss I	
erreicht in Schule:	Zeugnisdatum:
<input type="radio"/> Einstieg ins 2. oder 3. Ausbildungsjahr: Angaben zur Vorbildung	
<input type="radio"/> Hauptschulabschluss und Eine der folgenden Vorbildungen: <input type="radio"/> Altenpflegehelferin/Altenpflegehelfer <input type="radio"/> Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer <input type="radio"/> Heilerziehungspflegehelferin/Heilerziehungspflegehelfer <input type="radio"/> Heilerziehungshelferin/Heilerziehungshelfer <input type="radio"/> Krankenschwester/Krankenpfleger <input type="radio"/> Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger <input type="radio"/> Heilerziehungspflegerin/Heilerziehungspfleger	
<input type="radio"/> Andere Ausbildung:	
erreicht in Schule/Einrichtung:	Zeugnisdatum:

5. Besondere Aufnahmegesichtspunkte (Nachweise nicht vergessen)

<input type="checkbox"/> Wehr-, Zivil- oder Bundesfreiwilligendienst		<input type="checkbox"/> freiwilliges soziales Jahr	
<input type="checkbox"/> Andere:			
<input type="checkbox"/> bereits früher abgelehnte Aufnahme. Schuljahr:	<input type="radio"/> Vollwaise <input type="radio"/> Halbwaise	<input type="checkbox"/> Grad der Behinderung	%
<input type="checkbox"/> andere:			

6. beigefügte Dokumente

verpflichtend:

- Kopie des Zeugnisses der Mittleren Reife (beglaubigt oder Original vorzeigen) **oder**
- Kopie der Zeugnisse früherer Ausbildungsabschnitte (beglaubigt oder Original vorzeigen)

und

- Ausbildungsvertrag nach Maßgabe des Pflegeberufgesetzes in dreifacher Ausfertigung zur Genehmigung durch die Schule
- Bestätigung des Ausbildungsträgers zur Bereitstellung des praktischen Ausbildungsplatzes
- Ärztliche Bescheinigung

Gegebenenfalls Unterlagen zu besonderen Aufnahmegesichtspunkten:

<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____

7. Erklärung

Ich beantrage einen Schulplatz nach Maßgabe meiner vorstehend gemachten Angaben. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und richtig gemacht habe. Die geforderten Nachweise sind beigefügt. Mir ist bekannt, dass fahrlässig oder vorsätzlich falsche Angaben ordnungswidrig sind und zum Ausschluss aus dem Vergabeverfahren oder – bei Feststellung nach der Aufnahme – zum Widerruf führen können.

Ich stimme zu, dass die folgenden Daten nach §67 des Schulgesetzes und unter Berücksichtigung der allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Landesdatenschutzgesetzes von Rheinland-Pfalz erhoben und zum Zweck der Bewerbung und des Schulbesuchs verarbeitet werden. Das Informationsblatt der Schule gemäß Datenschutz-Grundverordnung habe ich erhalten. Es ist auch jederzeit im Sekretariat oder auf der Website khs.worms.de einsehbar.

Ort, Datum:	Unterschrift Bewerber:	Unterschrift Sorgeberechtigte:
-------------	------------------------	--------------------------------

**Bitte unterschreiben
von der Bewerberin/dem Bewerber UND auch einem Elternteil/Sorgeberechtigten**

**Bestätigung zur Bereitstellung eines praktischen Ausbildungsplatzes für die
generalistische Ausbildung zum/zur Pflegefachmann/ Pflegefachfrau**

Träger der Ausbildung:

Hiermit wird bestätigt, dass der unten genannten Person ein Ausbildungsplatz für die generalistische Pflege zur Verfügung gestellt wird.

Herr/Frau

Familienname:

Vorname(n):

Straße und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Ärztliches Attest zur Ausübung des Berufes als Pflegefachmann/ Pflegefachfrau

Untersuchungsdatum:

Hiermit wird bestätigt, dass der/die unten genannte Patient/in in meiner Praxis untersucht wurde.

Ein Anhaltspunkt dafür, dass er/sie in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als Pflegefachmann/Pflegefachfrau ungeeignet ist, hat sich nicht ergeben.

Herr/Frau

Familienname:

Vorname(n):

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift