

ANMELDUNG

für das Schuljahr 2024/25

Höhere Lehranstalt für Pflege und Sozialbetreuung

Aufnahmewerber/in:

Familiename		Vorname(n)			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
PLZ/Ort		Straße				
Telefon / Schüler:in		E-Mail / Schüler:in				
Religion	Staatsbürgerschaft	Muttersprache	SVNR		Geburtsdatum	
Derzeit besuchte Schule						

Infos zur Schulnachricht:

<input type="checkbox"/> 4. Klasse BG/BRG (AHS) <input type="checkbox"/> 4. Klasse Mittelschule (MS) <input type="checkbox"/> Sonstige Schule _____				9-jährige Schulpflicht erfüllt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
DEUTSCH		ENGLISCH		MATHEMATIK	
(bitte Note lt. Schulnachricht eintragen)		(bitte Note lt. Schulnachricht eintragen)		(bitte Note lt. Schulnachricht eintragen)	
<input type="checkbox"/> AHS (BG/BRG)	___	<input type="checkbox"/> AHS (BG/BRG)	___	<input type="checkbox"/> AHS (BG/BRG)	___
<input type="checkbox"/> MS – „Standard AHS“	___	<input type="checkbox"/> MS – „Standard AHS“	___	<input type="checkbox"/> MS – „Standard AHS“	___
<input type="checkbox"/> MS – „Standard“	___	<input type="checkbox"/> MS – „Standard“	___	<input type="checkbox"/> MS – „Standard“	___
<input type="checkbox"/> Sonstige Schule	___	<input type="checkbox"/> Sonstige Schule	___	<input type="checkbox"/> Sonstige Schule	___

beide Elternteile
 Mutter
 Vater
 andere gesetzliche Vertreter

Daten Erziehungsberechtigte/r 1:

<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere gesetzliche Vertreter	
Familienname	
Vorname	
PLZ/Ort	Straße
Handynummer	E-Mail
Beruf	

Daten Erziehungsberechtigte/r 2:


<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere gesetzliche Vertreter	
Familienname	
Vorname	
PLZ/Ort	Straße
Handynummer	E-Mail
Beruf	

Welche anderen Schulen kommen in Frage, falls die Aufnahme an der HLPS nicht möglich ist?

Zweitwunsch-Schule: _____	Drittwunsch-Schule: _____
Die Nennung eines Zweit- und Drittwunsch beeinträchtigt in keiner Weise das Gewicht des Erstwunsches. Sollte kein Zweit- oder Drittwunsch angegeben werden, wird davon ausgegangen, dass keine Aufnahme an einer anderen mittleren/höheren Schule angestrebt wird.	

Ich nehme zur Kenntnis, dass gemäß § 6 (4) des Schulunterrichtsgesetzes eine für eine bestimmte Schulart abgelegte Aufnahme- oder Eignungsprüfung für dasselbe Schuljahr nicht wiederholt werden darf.

Ich erkläre mich mit der EDV-mäßigen Erfassung und Verarbeitung der persönlichen Daten ausdrücklich einverstanden und stimme zu, dass die personenbezogenen Grunddaten bei einem Schulwechsel an die aufnehmende Schule übermittelt werden bzw. von der abgebenden Schule übernommen werden dürfen.


 Ort, Datum


 Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Gesundheitsbogen – Aufnahme HLPS-Lienz

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt!

Für die Aufnahme in eine **Höhere Lehranstalt für Pflege und Sozialbetreuung** (HLPS) mit integriertem Berufsabschluss in der Pflegeassistenz/-fachassistenz benötigt die/der Bewerber:in lt. Ausbildungsverordnung (PA-PFA- AV § 10(2); § 11 (2)) eine ärztliche Bestätigung, welche die zur Berufsausübung erforderliche gesundheitliche Eignung nachweist.

Detaillierte Ausführungen zur Prüfung der gesundheitlichen Eignung finden Sie unter <https://www.sozialministerium.at> -> Gesundheitsberuferegister -> Anlage 5: Prüfung der gesundheitlichen Eignung (PDF).

Bewerber:in

Nachname	Vorname	SV-Nr.	Geburtsdatum

Von der Ärztin/dem Arzt bitte zu bestätigen:

Die Bewerberin/der Bewerber bringt die erforderliche gesundheitliche Eignung (lt. Anlage 5, Ministerium für Gesundheit und Frauen) mit, um im Pflegeberuf tätig zu sein.

x
Datum

x
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel der Ärztin/des Arztes

Infektionsschutz - Anforderung

Für die Absolvierung der Pflegepraktika im Rahmen der Pflegeassistenz/-fachassistentenausbildung ist ein ausreichender Impfschutz (lt. Impfpass) ODER eine positive Antikörperbestimmung (Titer) gegen folgende Infektionskrankheiten nachzuweisen:

- Masern → Mumps → Röteln → Varizellen (Windpocken) → Hepatitis B

Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten:

Ich bin damit einverstanden, dass vor Beginn der Pflegepraktika, welche frühestens im 3. Schuljahr zu absolvieren sind, oben angeführte Impfungen nachgewiesen bzw. im Falle veranlasst werden müssen.

x
Ort, Datum

x
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten