

Aufnahmeantrag

für die Fachoberschule Gesundheit und Soziales an der Drei-Maare-Realschule plus mit FOS Daun

Bitte füllen Sie den Aufnahmeantrag vollständig in Blockschrift aus.* Beglaubigte Nachweise (Zeugnis, Härtefall-gesichtspunkte etc.) sind dem Antrag beizufügen. Der Antrag muss bis zum 01. März 2025 bei der Schule eingegangen sein.

Personendaten

1. Angaben zur Person

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Staatsangehörigkeit: deutsch andere _____

Religionszugehörigkeit: Römisch-katholisch Evangelisch

Sonstiges: _____

Teilnahme Religionsunterricht: katholisch evangelisch Ethik

Einschulungsdatum 1. Schuljahr: _____

Ansprechpartner bei Minderjährigen

Angaben zu dem/der Sorgeberechtigten

(bei Bewerbern und Bewerberinnen unter 18 Jahren)

1. Sorgeberechtigter

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

2. Sorgeberechtigter

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Wir sind damit einverstanden, dass schulische Informationen uns per Mail zugesendet werden.

Ja Nein

2. Angaben zur zuletzt besuchten Schule

Name und Schulort: _____

zuletzt besuchte Klasse: _____

Abschluss (sofern bereits abgelegt): _____ Datum: _____

* Bitte lesen Sie die Informationen zum Anmeldeverfahren für die Fachoberschule (Download) bevor Sie den Antrag ausfüllen.

3. Zugangsberechtigung

Art der Zugangsberechtigung (Bitte beglaubigte Zeugniskopie beifügen)

- Qualifizierter Sekundarabschluss I entsprechend den geforderten Vorgaben
- Versetzung in die Klassenstufe 11 eines Gymnasiums mit 9-jährigem Bildungsgang
- Versetzung in die Klassenstufe 10 eines Gymnasiums mit 8-jährigem Bildungsgang
- Übergangsberechtigung einer IGS in die gymnasiale Oberstufe

Nachweis der Zugangsberechtigung

- Halbjahreszeugnis Jahreszeugnis Abschlusszeugnis

Anzahl der Schuljahre: _____ zweite Fremdsprache: _____

gegebenenfalls Durchschnittsnote des Abschlusszeugnisses: _____

Praktikumsvertrag

- liegt vor wird nachgereicht

Masernnachweis

- liegt vor wird nachgereicht

Schullaufbahn

4. Besondere Dienstpflichten (Bitte Bescheinigungen beifügen)

- freiwilliges soziales Jahr freiwilliges ökologisches Jahr
- Wehrdienst / Zivildienst Bundesfreiwilligendienst
- Ehrenamt Katastrophenschutz/Feuerwehr

5. Härtefallgesichtspunkte (Bitte Bescheinigung beifügen)

- Schwerbehinderung (Grad der Behinderung nach dem Schwerbehindertengesetz)
- unter 30 ab 30 ab 50 ab 70
- Halbwaise ohne eigenes Einkommen Vollwaise ohne eigenes Einkommen
- sonstige außergewöhnliche Härten (Bitte auf gesondertem Blatt erläutern)

6. Teilnahme am freiwilligen Französischkurs (2Std/Woche)

- ja nein Anfänger Fortgeschrittene

sonstiges

7. Erklärung

Ich beantrage einen Platz in der Fachoberschule nach Maßgabe meiner vorstehenden Angaben. Die geforderten Nachweise sind beigefügt.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben zum Ausschluss vom Vergabeverfahren oder – bei Feststellung nach erfolgter Aufnahme – zum Widerruf dieser Aufnahme führen.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers / der Bewerberin

Bei minderjährigen Bewerbern /Bewerberinnen

Ort, Datum

Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

8. Praktikumsbetrieb

Name: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner: _____

Mailadresse: _____

Telefonnummer: _____

Medizinische Notfallkarte für die Weitergabe an den Rettungsdienst / behandelnden Arzt

Schülerdaten	
Nachname	
Vorname	
geb.am	
Straße	
PLZ	
Wohnort	
Krankenversicherung & Krankenversicherungsnummer	

Daten Erziehungsberechtigte		
Nachname		
Vorname		
geb.am		
Straße		
PLZ		
Wohnort		
Notfalltelefonnummer	Erziehungsberechtigte Person 1:	
	Erziehungsberechtigte Person 2:	

**Sollten sich Änderungen der Vorerkrankungen oder medikamentösen Therapie
 ergeben,
 bitten wir Sie, uns eine neue medizinische Notfallkarte einzureichen.
 Nur so können wir in Notfallsituationen gewährleisten,
 dass der Rettungsdienst alle relevanten Informationen erhält!**

Patientenvorgeschichte	Vorerkrankungen	Medikamente	Medikamenteneinnahme z.B. 1-0-1 Tbl.
○ Allergien:			
○ Atmungssystem:			
○ Herz-Kreislaufsystem:			
○ Blut / Blutgerinnung:			
○ Nervensystem:			
○ Stoffwechselsystem:			
○ Psyche / Seele:			
○ Haut:			
○ Harnsystem:			
○ Fortpflanzungssystem:			
○ sonstiges:			
Besondere Hinweise z.B. Blutgruppe			
Einwilligung bei telefonischer Nichterreichbarkeit:	<p><u>Bitte zutreffende Einwilligung ankreuzen, wenn Sie als Erziehungs- / und Sorgeberechtigte die Einwilligung zur Diagnostik und Therapie in Notfallsituationen einwilligen, sofern Sie nicht erreichbar sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sofern ich telefonisch nicht in Notfallsituationen erreichbar bin, erteile ich dem behandelnden Notfallsanitäter/Arzt, sofern dieser eine Indikation für eine Schmerzmitteltherapie sieht, und mein Kind ein Schmerzmittel verlangt, die Einwilligung zur Verabreichung einer Schmerzmitteltherapie. ○ Sofern ich telefonisch nicht in Notfallsituationen erreichbar bin, erteile ich dem aufnehmenden Krankenhausarzt, sofern dieser eine Indikation für eine Röntgenaufnahme sieht, die Einwilligung zur Anfertigung einer Röntgenaufnahme / eines CT / eines MRT. <p>Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigter</p>		