BERUFSBILDENDE SCHULEN
SOPHIE SCHOLL
— Schulzentrum Geschwister Scholl —

Walter-Kolb-Weg 2 - 27568 Bremerhaven
Tel. 0471-590 4670
bs-sophiescholl.bremerhaven.de
BS.SophieScholl@schule.bremerhaven

A u f n a h m e b o g e n

[Anmelde-/Bewerbungstermin: bis zum **1. März** des jeweiligen Jahres (Poststempel)]

für den Besuch der

Berufsfachschule für Sozialpädagogische Assistenz

(Ausbildung zur sozialpädagogischen Assistentin / zum sozialpädagogischen Assistent)

Die unter 1. und 2. erhobenen Daten sind für die Anmeldung an der Schule und für die Wahrnehmung der Aufgaben der Schule und werden vom **Magistrat der Stadt Bremerhaven, Schulamt, Postfach 210360, 27524 Bremerhaven** auf gesetzlicher Grundlage gem. Art. 6 Abs.1 S lit. e) EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i. V. m. § 2 Abs.1 S. 2 Bremisches Schuldatenschutzgesetz (BremSchulDSG) erhoben.

1. Schülerin/Schüler

Vor- und Nachname	**Geschlecht** ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Anschrift (Hauptwohnung) (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)	**Geburtsdatum**
Telefon **Handy**	**Geburtsort**
E-Mail	**Staatsangehörigkeit**
Welche Sprache wird zusätzlich zur deutschen Sprache gesprochen? (**Verkehrssprache**)	**Muttersprache**
Von der Schule zu beachtende Vorsichtsmaßnahmen auf Grund gesundheitlicher Auffälligkeiten oder Behinderungen	

Allgemeiner Abschluss bei Bewerbung

☐ Mittlerer Schulabschluss [MSA] (Datum) _____	
Berufsausbildung ☐ ja ☐ nein **Ausbildungsberuf:** _____ **Abschluss:** ☐ ja ☐ nein	
In der Sekundarstufe I besteht der Anspruch auf einen Nachteilsausgleich ☐ ja ☐ nein	
Fremdsprache in der Sekundarstufe I 1.Fremdsprache: Ich hatte Englisch in den Klassenstufen von _____ bis _____	

2. Erziehungsberechtigte

Vor- und Nachname der Mutter	Adresse
Vor- und Nachname des Vaters	E-Mail-Adresse
Vor- und Nachname des Vormundes / der Pflegeperson	
Telefon **Handy**	**Notfall-Telefon**

☐ Ich bin zurzeit Schülerin / Schüler an den Berufsbildenden Schulen Sophie Scholl, Klasse_____

3. Für Ihre Anmeldung benötigen wir:

bis zum	von der Schule auszufüllen	
1. März des Aufnahmejahres	• Aufnahmebogen mit Unterschrift ☐ • Bewerbungsschreiben ☐ • Tabellarischer Lebenslauf ☐ • Kopie des Halbjahreszeugnisses bzw. eine beglaubigte Kopie des MSA-Zeugnisses ☐ • Nachweis der gesundheitlichen Eignung/Impfstatus ☐	
19. Juni 2024	• Eine beglaubigte Kopie des Abschlusszeugnisses über den Mittleren Schulabschluss (MSA) ☐ • Nachweis über eine Praktikumsstelle ☐ • Vorlage eines erweiterten polizeilichen Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach §30 a BZRG ☐	DEU - Note E-Kurs G-Kurs
1. Schultag	• Nachweis des ersten Wohnsitzes im Land Bremen ☐	Vorlage der Meldebescheinigung

Bei der Anmeldung bitte beachten:
Für diese Schulform können Sie sich nur bewerben, wenn Sie spätestens am 1. August des Aufnahmejahres mit Hauptwohnsitz im Land Bremen gemeldet sind.

Erklärung zum Hauptwohnsitz:

☐ Hiermit versichere ich, dass ich nach Bremerhaven umziehen und mich spätestens zum 1. August des Aufnahmejahres polizeilich mit Hauptwohnsitz (= 1. Wohnsitz) dort anmelden werde. Spätestens am ersten Schultag weise ich dies durch Vorlage meiner Meldebescheinigung nach.

_____ Datum _____ Unterschrift

Das Merkblatt „Informationen über datenschutzrechtliche Bestimmungen für Schülerinnen und Schüler und deren Erziehungsberechtigte“ können Sie auf unserer Homepage (https://bs-sophiescholl.bremerhaven.de) nachlesen.

Weitere Informationen über Ihre Rechte im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung finden Sie auf der Homepage des Schulamtes (https://www.bremerhaven.de/de/leben-arbeiten/bildung-forschung/schule/schulanmeldung-und-formulare.82307.html).

Über die Zulassungsbedingungen habe ich mich/haben wir uns anhand der Schul-informationsblätter (im Sekretariat erhältlich) oder im Internet unter https://bs-sophiescholl.bremerhaven.de informiert.

Datum: _____

_____
Unterschrift Bewerberin / Bewerber / Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten*

*) Ich bin bevollmächtigt diese Einverständniserklärung im Namen meines Partners / meiner Partnerin (Vor- und Nachname)

_____ zu unterzeichnen.

AA BFS SpA 10/23

BERUFSBILDENDE SCHULEN
SOPHIE SCHOLL
— Schulzentrum Geschwister Scholl —

Walter-Kolb-Weg 2 - 27568 Bremerhaven
Tel. 0471-590 4670
bs-sophiescholl.bremerhaven.de
BS.SophieScholl@schule.bremerhaven

Informationen zur Vorsorgeuntersuchung und zum Impfstatus

(gültig für Ausbildung Sozialpädagogische Assistenz, Fachkraft für Hauswirtschaft und Familienpflege, Erzieher/in, Heilerziehungspfleger/in; Jahrespraktikum Fachoberschule Gesundheit und Soziales)

Informationen zur Untersuchung von Beschäftigten in Einrichtungen zur vorschulischen Kinderbetreuung nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedV) in Verbindung mit der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen gemäß der Biostoffverordnung [BioStoffV]

Im Januar 1999 wurde die „Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen" (Biostoffverordnung – BioStoffV) erlassen.
Unter biologischen Arbeitsstoffen werden Mikroorganismen (z. B. Bakterien, Viren) verstanden, die beim Menschen Erkrankungen (z. B. Infektionen, Allergien) auslösen können und die am Arbeitsplatz vorkommen.
Ziel der Verordnung ist der Schutz der Beschäftigten vor einer Gefährdung der Gesundheit durch entsprechende Krankheitserreger.
Gefährdet sind nicht nur Beschäftigte, die gezielt mit Krankheitserregern (z. B. im Labor) umgehen, sondern auch Beschäftigte, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit Krankheitserregern in Kontakt kommen können. Dies trifft z. B. auf alle Beschäftigten in Kindertagesstätten zu, die sich bei den betreuten Kindern anstecken können.

Zu den Schutzmaßnahmen gehören neben allgemeinen hygienischen Maßnahmen und Regeln im Falle eines Krankheitsausbruches auch arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und das Angebot von Impfungen, soweit gegen die in Frage kommenden Erkrankungen wirksame Impfstoffe verfügbar sind. Die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen sind in der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedV) geregelt.

Vorsorgeuntersuchungen sind verpflichtend durchzuführen bei regelmäßigem direkten Kontakt zu Kindern in Einrichtungen zur vorschulischen Kinderbetreuung in Bezug auf folgende Erkrankungen:

- **Keuchhusten**
- **Masern**
- **Mumps**
- **Röteln**
- **Windpocken**
- **Hepatitis A bei Tätigkeiten mit regelmäßigem Stuhlkontakt bei der Betreuung von Kleinkindern oder Kindern mit Behinderungen**
- **Hepatitis B bei Tätigkeiten mit regelmäßigem Kontakt mit Körperflüssigkeiten und -ausscheidungen**

Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen ist Voraussetzung für die weitere Beschäftigung. Schüler*innen sind im Rahmen ihres Praktikums den Beschäftigten gleichgestellt.

Untersuchungen müssen nur dann nicht durchgeführt werden, wenn nachweislich bereits Immunschutz gegen die genannten Infektionserreger besteht.

Da Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung praktische Abschnitte in Kindertageseinrichtungen absolvieren, fallen Sie unter den zu untersuchenden Personenkreis, wenn nicht bereits ausreichender Impfschutz besteht.

Um den Untersuchungsaufwand möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, sich **vor Beginn der Ausbildung** bei Ihrer Haus- oder Kinderärztin bzw. Ihrem Haus- oder Kinderarzt vorzustellen und **Ihren Impfstatus abklären und fehlende Impfungen, die von den Krankenkassen übernommen werden, nachholen** zu lassen. Wir weisen darauf hin, dass es **bis auf Masern-Impfung**, keine Impfpflicht gibt und die Ablehnung von Impfungen allein kein Grund ist, gesundheitliche Bedenken gegen die Tätigkeit in einer vorschulischen Kindereinrichtung auszusprechen.

Wegen der besonderen Bedeutung einer Rötelnerkrankung während der Schwangerschaft sollten auf Kosten der Krankenkasse die Antikörper zur Absicherung des Impfschutzes bestimmt werden.

Das Masernschutzgesetz vom 20. August 2020 schreibt vor, **dass alle Kinder und Auszubildenden beim Eintritt in die Schule** oder den Kindergarten **die von der Ständigen Impfkommission empfohlene Masern-Impfung vorweisen müssen.** Gleiches gilt für Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen oder medizinischen Einrichtungen tätig sind wie Erzieher, Lehrer, Tagespflegepersonen und medizinisches Personal (soweit diese Personen nach 1970 geboren sind).

Ärztliche Bescheinigung

(Nachweis der gesundheitlichen Eignung)

zur Vorlage bei den Berufsbildenden Schulen Sophie Scholl
im Schulzentrum Geschwister Scholl

Für: _____, geboren am _____

wohnhaft: _____

Der/die Obengenannte befindet sich zurzeit im Zulassungsverfahren für die

- ☐ Ausbildung zum/zur Staatlich geprüften Kinderpfleger/-in
- ☐ Ausbildung zum/zur Staatlich geprüften Sozialpädagogischen Assistenten/-in
- ☐ Aufstiegsfortbildung zum/zur Staatliche anerkannten Erzieher/-in
- ☐ Ausbildung zum/zur Staatlich geprüften Pflegeassistenten/-in
- ☐ Ausbildung zur Staatlich geprüften Fachkraft für Hauswirtschaft und Familienpflege
- ☐ Aufstiegsfortbildung zum/zur Staatlich anerkannten Heilerziehungspfleger/-in

Die Patientin bzw. der Patient ist mir bekannt und wurde von mir untersucht. ☐

Die gesundheitliche Eignung bezieht sich auf die sozialpädagogischen/pflegerischen/ heilerziehungspflegerischen Einsatzfelder (Krippe, Kindertagesstätte, Hort und Grundschule, Pflegedienst/Krankenhäuser/Pflegeheim, Seniorenheim, Betreuungseinrichtung für Menschen mit Beeinträchtigungen).

Entsprechend ihres Ausbildungsstandes übernehmen die Auszubildenden die Verantwortung für die selbstständige Organisation von pädagogischen Angeboten oder pflegerische Maßnahmen sowie weitere Betreuungssituationen, die auch mit der Übernahme der Aufsichtspflicht im Zusammenhang stehen können.

Es bestehen keine physischen und psychischen Vorerkrankungen, die gegen die Aufnahme einer der obengenannten Ausbildungen sprechen bzw. die durch die Ausbildung verschlimmert werden könnten.

Impfungen gegen folgende Erkrankungen wurden vollständig gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Institutes durchgeführt:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Masern	☐	☐	Windpocken	☐	☐
Mumps	☐	☐	Keuchhusten	☐	☐
Röteln	☐	☐			

	Ja	Nein
Eine vollständige Impfung gegen Hepatitis A wurde durchgeführt.	☐	☐
Eine vollständige Impfung gegen Hepatitis B wurde durchgeführt.	☐	☐

Die Feststellung der gesundheitlichen Eignung bezieht sich hierbei auf alle Einsatzfelder der sozialpädagogischen bzw. sozialpflegerischen Arbeit und kann derzeit uneingeschränkt attestiert werden.

Bemerkungen:

_____

Ort, Datum **Stempel** und **Unterschrift** der Ärztin/des Arztes