

Bewerbung für den Fachhochschullehrgang, 2. Abschnitt Erlebnispädagogik / Erlebnistherapie

Angaben zu Ihrer Person

Vorname Nachname (inkl. akad. Grad) Geschlecht

Staatsangehörigkeit Geburtsdatum und Geburtsort Sozialversicherungsnummer

Straße/PLZ / Ort / Land
.....
.....

Telefon E-mail

Der Zertifikatslehrgang 1. Abschnitt wurde in folgendem Jahrgang absolviert:
.....

ODER - vergleichbare Ausbildung, die im Inhalt und Umfang und der Qualität entsprechend ist:
.....

Derzeitiger Beruf / Tätigkeit
.....

Lehrabschluss falls vorhanden:
.....

*Bitte legen Sie Ihrer Bewerbung ein aktuelles Portraitfoto bei oder senden dieses digital mit.



Angaben zu Ihrem beruflichen Werdegang

Bitte geben Sie Ihre bisherigen, für die Bewerbung relevanten, Tätigkeiten an und belegen Sie diese.

von – bis	Tätigkeiten / Arbeitgeber
.....
.....
.....
.....
.....

Welche Berufsbezeichnungen haben Sie erworben / welche ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

.....
.....

In welchem Zeitraum und wann genau haben Sie Ihre Ausbildungen / Studien abgeschlossen?

.....
.....
.....

In welchem Land haben Sie Ihre Ausbildungen / Studien abgeschlossen?

.....
.....
.....

Wie wurde die Hochschulreife erlangt, sofern abgeschlossen? (Matura, BRP,...)

.....
.....
.....

Welche Form der Schule / Ausbildung haben Sie abgeschlossen? (HAK, Gymnasium, HBLW, HTL,...)

.....
.....
.....

Wann wurden relevante Abschlüsse absolviert? (Tag/Monat/Jahr)

.....
.....
.....

Den Bewerbungsunterlagen sind Kopien der höchsten Dienst- und Abschlusszeugnisse bzw. Zertifikate beizulegen, die für diese Bewerbung relevant sind (Fachhochschule, Universität, berufsbegleitend oder privat absolvierte Seminare und Weiterbildungen mit pädagogischen Inhalten,...)

Angaben zu Ihrer individuellen Zielsetzung

Was ist Ihr persönliches Interesse an diesem Lehrgang?

Welche Kenntnisse und Fertigkeiten möchten Sie danach besitzen?

Welche Ziele (persönliche / berufliche) verbinden Sie mit dem Lehrgang?

Was könnte Ihr persönlicher Beitrag für Ihren Ausbildungserfolg sein?

Was könnten die TeilnehmerInnen und ReferentInnen zu Ihrem Ausbildungserfolg beitragen?

Woran würden Sie merken, dass Sie Ihre Ziele (oder Teile davon) erreicht haben?

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Die Ausbildung „Zertifikatslehrgang Erlebnispädagoge/in“ beinhaltet verschiedene Aktivitäten, welche eine gute gesundheitliche und psychische Verfassung voraussetzen.

Bitte füllen Sie die Gesundheitserklärung sorgfältig aus und beantworten Sie jede Frage.

Hatten Sie jemals oder haben Sie...	Ja	Nein
... Herzbeschwerden, bekannte Herzfehler- oder Krankheiten, zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?		
... Sportverletzungen, Verrenkungen, Knochenbrüche oder Beschwerden an der Wirbelsäule?		
... Asthma, Bronchitis, Tuberkulose oder ähnliche Beschwerden oder Erkrankungen der Atemwege?		
... Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen?		
... Epilepsie, Ohnmachtsanfälle, Migräne oder häufige, starke Kopfschmerzen?		
... Nervenerkrankungen, Schwindelzustände, Tinnitus (Ohrgeräusche) oder Wahrnehmungsstörungen		
... Allergien (z.B. gegen Insektenstiche, Medikamente, Nahrungsmittel, Blütenstaub...)?		
... eine Infektionskrankheit, oder sind Sie Überträger einer solchen?		
Wurden Sie vor kurzer Zeit operiert?		
Müssen Sie auf eine besondere Ernährung achten bzw. spezielle Diäten einhalten?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Notfallmedikamente ein? Welche?		
Besteht eine Schwangerschaft?		
Waren Sie wegen psychischer Probleme in Behandlung?		

Sonstiges:

Falls Sie eine der Fragen mit JA beantwortet haben, konsultieren Sie bitte einen Arzt und lassen die Teilnahmemöglichkeiten am Lehrgang schriftlich bestätigen.

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres Hausarztes (oder behandelnden Arztes):

.....

Name, Adresse und Telefonnummer von Angehörigen (erreichbar während des Seminars):

.....

Sollten Sie sich unsicher sein, ob Ihre physische und/oder psychische Verfassung die Teilnahme am Lehrgang zulässt, konsultieren Sie bitte einen Arzt und legen Sie ihm diesen Selbstauskunftsbogen vor. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt, weder gespeichert noch an Dritte weitergegeben und dienen ausschließlich dazu, gesundheitlichen Schäden vorzubeugen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum Unterschrift