



Fachschule - Heilerziehungspflege -  
Berufsfachschule - Pflegeassistenz -  
der Rotenburger Werke der I.M.  
In der Ahe 33, 27356 Rotenburg (Wümme)  
Tel. 04261/9377-0 Fax:04261/9377-23

# Aufnahmeantrag

für die Ausbildung Heilerziehungspflege

2024 - 2027 (Vollzeit)

Name:	Vorname:
geb. am:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Konfession:
Straße:	Telefon:
PLZ /Wohnort:	Mobil:
Familienstand:	E-Mailadresse:

**Bitte leserlich ausfüllen!**

**Voraussetzung:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abitur                           | <input type="checkbox"/> mind. 400-stündiges Praktikum im               |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife               | Arbeitsbereich Behindertenhilfe   |
| <input type="checkbox"/> erw. Sek. I / Realschulabschluss | <input type="checkbox"/> 1jährige Berufsfachschule                      |
| <input type="checkbox"/> Sek. I / Realschulabschluss      | Hauswirtschaft u. Pflege, Schwerpunkt                                   |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss              | Persönliche Assistenz   |
|   | <input type="checkbox"/> einjährige Praxis im Berufsfeld (z.B. FSJ/BFD) |
|   | <input type="checkbox"/> Berufsschulabschluss mit Realschulabschluss    |

Zuletzt besuchte Schulform  
(einschl. Berufsschule): \_\_\_\_\_  
Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

**Bisherige einschlägige praktische Tätigkeiten** in sozialen Einrichtungen

(z. B. stationäre und ambulante Behindertenhilfe, Altenpflege, Krankenpflege oder ähnliches und Zeiträume):

\_\_\_\_\_  
Name und genaue Bezeichnung der Einrichtung und des Praxisplatzes

\_\_\_\_\_  
Praxiszeiträume (Tag, Monat und Jahr)

\_\_\_\_\_  
Name und genaue Bezeichnung der Einrichtung und des Praxisplatzes

\_\_\_\_\_  
Praxiszeiträume (Tag, Monat und Jahr)

**Praktische Ausbildungsstelle bzw. Arbeitsplatz:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in den Rotenburger Werken der I.M.      | <input type="checkbox"/> noch nicht vorhanden |
| <input type="checkbox"/> andere Einrichtung der Behindertenhilfe |   |

\_\_\_\_\_  
(Name der Einrichtung, Str., PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)