

## Anmeldung

### **BVJ – Kompetenzzentrum Marienberg**

Marienstraße 52 ■ 95126 Schwarzenbach / Saale

☎ 09284-9665-600 • 📠 09284-9665-601 • E-Mail: [bvj-marienberg@diakonie-hochfranken.de](mailto:bvj-marienberg@diakonie-hochfranken.de)

Private Berufsschule zur sonderpädagogischen Förderung – Förderschwerpunkt Lernen –  
der Diakonie Hochfranken Berufsbildungswerk gGmbH

### **Bei Abgängern von Mittelschulen bitten wir um direkte Kontaktaufnahme mit uns!**

für das Schuljahr 20\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

#### Schüler / in

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, Geburtsort \_\_\_\_\_

Religion/Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

(wenn von der Anschrift der Erziehungsberechtigten abweichend)

E – Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

#### Erziehungsberechtigte (r)

Name, Vorname (n) \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort, Telefon \_\_\_\_\_

E – Mail: \_\_\_\_\_

### **Antrag**

Hiermit beantrage (n) ich / wir die Aufnahme von

\_\_\_\_\_

in das BVJ Kompetenzzentrum Marienberg

**In den ersten Schulwochen, der Eingangsphase, erhalten die Jugendlichen die Möglichkeit, in Gruppen verschiedene Berufsfelder kennenzulernen. Im Anschluss wird gemeinsam mit den Jugendlichen das Berufsfeld für das Schuljahr festgelegt.**

Gruppe 1: Holztechnik; Farbtechnik; Metalltechnik; Gastronomie/Hauswirtschaft

Gruppe 2: Farbtechnik; Metalltechnik; Gastronomie/Hauswirtschaft; Holztechnik

Gruppe 3: Metalltechnik; Gastronomie/Hauswirtschaft; Betreuung/Pflege; Wirtschaft/Verwaltung

Gruppe 4: Gastronomie/Hauswirtschaft; Betreuung/Pflege; Wirtschaft/Verwaltung; Holztechnik

Gruppe 5: Betreuung/Pflege; Wirtschaft/Verwaltung; Holztechnik; Farbtechnik

Gruppe 6: Farbtechnik; Metalltechnik; Betreuung/Pflege; Wirtschaft/Verwaltung

#### **Bitte ankreuzen**

- Für die Eingangsphase wünsche ich mir die Gruppe Nr.: \_\_\_\_\_
- Ich wünsche den Besuch der Klasse BVJ i (individuell)

Mein Berufswunsch: \_\_\_\_\_

Bitte wenden

Name, Anschrift und Klasse der zuletzt besuchten Schule

---

---

Schulabschluss:

---

Weitere Wichtige Informationen:

Brillenträger:  Ja  Nein  
Schwimmer:  Ja  Nein

Chronische Krankheiten wie z.B. Asthma, Allergien, Diabetes:

---

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen, wenn ja welche?

---

Bestehen Beeinträchtigungen durch die Medikamente z.B. mit Blick auf die Nutzung von Maschinen?

---

Sind Einschränkungen mit Blick auf die Berufswahl bekannt? (z.B. Epilepsie, Höhenangst – Gerüstbauer)

---

Anlage:

Zwischen- bzw. Abschlusszeugnis der zuletzt besuchten Schule (Kopie)

Einverständniserklärung zur Weitergabe von Schülerunterlagen nach § 39 Abs. 2 der Bayerischen Schulordnung.

Ich erkläre mich mit der Weitergabe der in § 37 der Bayerischen Schulordnung für Schülerunterlagen genannten Bestandteile an die Private Berufsschule zur sonderpädagogischen Förderung Hof (mit Außenstelle BVJ Kompetenzzentrum Schwarzenbach) einverstanden.

Einverständniserklärung zum Datenaustausch

Wir sind mit dem Austausch von Informationen, soweit das für den beruflichen Werdegang notwendig ist, zwischen der Privaten Berufsschule und folgenden Institutionen:

- Agentur für Arbeit
- Volkshochschule (VHS)
- Ärzte bzw. Fachärzte
- anderen Stellen zur beruflichen Eingliederungshilfe, ärztlichen Fachdiensten und ggf. Institutionen der Jugendhilfe einverstanden.
- Berufsbildungswerk (BBW)
- BFZ Hof und Marktredwitz
- Abgebende Schule
- Staatliche Berufsschule
- SPZ Hof

---

Ort, Datum

---

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

# Bescheinigung des Gesundheitsamtes/beauftragten Arztes\* nach § 43 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

wurde am ..... mündlich und durch die Aushändigung des Merkblattes des Robert-Koch-Institutes über die in § 42 Abs. 1 IfSG genannten Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote und die daraus entstehenden Verpflichtungen gemäß § 43 Absätze 2, 4 und 5 belehrt.

Das zuständige Gesundheitsamt

Landratsamt Hof, Abteilung Gesundheitswesen, Theaterstraße 8, 95028 Hof

.....

hat eine Kopie dieser Belehrung erhalten.

Hof, den .....

.....

Marion Bars  
Ärztin

## Erklärung

**Ich erkläre hiermit, dass ich gemäß § 43 Abs.1 Infektionsschutzgesetz mündlich und schriftlich aufgeklärt wurde, und dass mir keine Tatsachen bekannt sind, die nach §42 Abs. 1 IfSG ein Tätigkeitsverbot für mich zur Folge haben könnten.**

Hof, den .....

.....

Unterschrift

.....

bei Minderjährigen Unterschrift der Sorgeberechtigten

\* Beauftragt mit Schreiben des Landratsamtes Hof, Fachbereich Gesundheitswesen, vom 26.09.2017 Nr. 134.

Bitte geben Sie diese Bescheinigung bei Ihrer Arbeitsstelle ab. Diese Bescheinigung darf an Ihrem ersten Arbeitstag nicht älter als drei Monate sein.