



Universitätsklinikum Ulm
Akademie für Gesundheitsberufe
Schule für Logopädie
Schlossstraße 38
89079 Ulm

- ◆ Bitte füllen Sie diesen Antrag **vollständig** am PC oder in Druckschrift aus.
- ◆ Zutreffendes bitte ankreuzen.
- ◆ Verwenden Sie für Ihre Bewerbung bitte **keine** Schnellhefter, Mappen, Prospekthüllen o.ä.
- ◆ Nummerieren Sie alle beigelegten Unterlagen rechts oben fortlaufend durch.
- ◆ **Bewerbungskosten werden nicht erstattet!**

Aufnahmeantrag für die Ausbildung zur/zum Logopädin/ Logopäde

Bitte beachten Sie, dass die Unterlagen nicht zurückgesendet werden. Senden Sie daher **keine Originale** ein. Die Unterlagen werden nach Abschluss des Auswahlverfahrens vernichtet. Bitte legen Sie folgende Unterlagen Ihrer Bewerbung bei:

1. lückenloser, handgeschriebener, tabellarischer Lebenslauf + aktuelles Foto (Ausdruck oder Kopie ausreichend)
2. Schulabgangszeugnis, falls noch nicht vorhanden aktuelles Zwischenzeugnis (Kopie)
3. Geburtsurkunde (Kopie)
4. allgemeinärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung, die nicht älter als 3 Monate ist (bitte Vordruck verwenden)
5. Nachweise/ Zeugnisse über Ihre Berufstätigkeiten, Zeugnisse über praktische Tätigkeiten, sonstige Zeugnisse (Kopien)

Unvollständige Anträge können leider **nicht** bearbeitet werden!

1. Persönliche Angaben

Nachname	Vorname	
Geburtsname	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Anschrift: Straße	PLZ, Ort	
Kinder		
Staatsangehörigkeit	telefonisch erreichbar unter	
E-Mail-Adresse	Bitte geben Sie eine gültige E-Mail-Adresse an, da Sie per Email über Ihren Bewerberstatus informiert werden.	
1a. Stellen Sie einen Antrag auf soziale Härte?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Begründung und ggf. Nachweis in Anlage Nr.
1b. Liegen gerichtliche Vorstrafen vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Angaben zur Straftat, Strafhöhe, Gerichtsbehörde in Anlage Nr.
1c. Haben Sie sich schon einmal bei uns beworben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahr / in den Jahren

2. Schulabschluss

(bitte tragen Sie Ihren höchsten Schulabschluss sowie das Jahr des Abschlusses - wenn auch erst geplant - ein)

<input type="checkbox"/> Allg. oder fachgebundene Hochschulreife	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife
<input type="checkbox"/> Mittlerer Bildungsabschluss	<input type="checkbox"/> sonstiger Abschluss, welcher?
Jahr des Abschlusses	Nachweis in Anlage Nr.

3. Schulnoten

(Folgende Noten müssen eingetragen und nachgewiesen sein. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland erworbene Schulzeugnisse müssen vor dem Einreichen des Antrags durch das Regierungspräsidium Stuttgart als mindestens dem Mittleren Bildungsabschluss gleichwertig anerkannt und in das deutsche Notensystem umgerechnet werden. Anderenfalls können die Unterlagen nicht berücksichtigt werden.)

Fach	wurde/ wird abgeschlossen in Klasse:	letzte Note/ Punktzahl	Nachweis in Anlage Nr.
Deutsch			
Englisch			
Biologie			
Mathematik			
Bemerkungen:			

4. Berufliche Ausbildung zum/ zur _____

von	bis	Abschluss als	Anlage Nr.

Berufliche Tätigkeit (nach Abschluss der Berufsausbildung)

von	bis	Tätigkeit als	Anlage Nr.

5. Studium Fachrichtung _____

von	bis	Abschluss als	Anlage Nr.

Berufliche Tätigkeit (nach Abschluss des Studiums)

von	bis	Tätigkeit als	Anlage Nr.

6. BuFDi/ Freiw. Soz. Jahr/ Freiw. Ökolog. Jahr/ Wehrdienst/ Zivildienst/ Au Pair

von	bis	Stelle sowie Tätigkeit	Anlage Nr.

7. Praktika (bitte nur eintragen, wenn Praktikum NICHT Bestandteil einer Schul-/ Berufsausbildung war)

	Praktikumsstelle	Aufgabenbereich	von	bis	Anlage Nr.
a)					
b)					
c)					
d)					

8. Musikalische Aktivitäten (Instrument, Gesang-Chor oder Einzel, Stimmbildung)

		von	bis	Anlage Nr.
a)				
b)				
c)				

9. Musisch-künstlerische Aktivitäten (z.B. Theater, Tanz, Pantomime)

		von	bis	Anlage Nr.
a)				
b)				
c)				

10. Selbsterfahrung (oder ähnliches, z.B. Yoga, autogenes Training)

		von	bis	Anlage Nr.
a)				
b)				

11. Initiativen, Engagement (z.B. Jugend-/Sozialarbeit, Funktionen in Kirche, Verein)

		von	bis	Anlage Nr.
a)				
b)				
c)				

Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche oder unwahre Angaben zum Ausschluss aus dem Bewerbungsverfahren und aus der Akademie führen.	Ort, Datum, Unterschrift der/ des Antragsstellerin/ s
--	---

Bei BewerberInnen unter 18 Jahren

Ich bin mit der Bewerbung meiner Tochter/ meines Sohnes einverstanden.	
Vorname, Name des Erziehungsberechtigten	Ort, Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Bitte vergessen Sie nicht, die Anlagen einzureichen!



ANLAGE Ihr Weg zu uns

Dieses Blatt hat keinen Einfluss auf Ihre Bewerbung und wird lediglich für unsere interne Statistik ausgewertet.

Nachname	Vorname
Datum Ihrer Bewerbung	
Name Ihrer letzten Schule	Ort der Schule

Haben Sie bereits eine Ausbildung

<input type="checkbox"/> abgeschlossen, welche?	<input type="checkbox"/> abgebrochen, welche?
---	---

Haben Sie bereits ein Studium

<input type="checkbox"/> abgeschlossen, welches?	<input type="checkbox"/> abgebrochen, welches?
--	--

Kannten Sie die Akademie schon, als Sie sich zu dieser Ausbildung entschlossen haben?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

Wie sind Sie auf die Akademie für Gesundheitsberufe aufmerksam geworden?

Empfehlung durch	persönlicher Kontakt mit Akademie	Agentur für Arbeit
<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Schnuppertag an der Schule für	<input type="checkbox"/> Beratung, Ort: _____
<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Tag der offenen Tür, Jahr?	<input type="checkbox"/> Vortrag im BiZ, Ort: _____
<input type="checkbox"/> Verwandte	<input type="checkbox"/> Infomesse, Ort:	<input type="checkbox"/> Infomaterial, Ort: _____
<input type="checkbox"/> Freunde	<input type="checkbox"/> Vortrag an Ihrer Schule	Internet
<input type="checkbox"/> Absolventen/in	<input type="checkbox"/> Praktikum am Uniklinikum, Abt.: _____	<input type="checkbox"/> Webauftritt der Akademie
<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> FSJ/ BuFDi am Uniklinikum, Abt.: _____	<input type="checkbox"/> google-Recherche nach: _____
<input type="checkbox"/> Lehrkraft	<input type="checkbox"/> Schulkooperation mit Ihrer bisheriger Schule	<input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Twitter
<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> MeineStadt.de
<input type="checkbox"/> Sonstige:		
Platz für weitere Möglichkeiten:		

Was ist ausschlaggebend, dass Sie sich an der Akademie für Gesundheitsberufe bewerben?

Wie kam dieser Berufswunsch zustande?

Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Bewerbungskosten leider nicht erstatten können!