

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über die **gesundheitliche Eignung für den Beruf „Staatlich geprüfte Kinderpflegerin bzw. Staatlich geprüfter Kinderpfleger“** zur Vorlage bei der Berufsfachschule für Kinderpflege, Heinrich-Neumaier-Platz 1, 85221 Dachau.

Name:

geboren am:in:

Anschrift:

Vorinformation für die untersuchende Ärztin bzw. den untersuchenden Arzt und die Untersuchte bzw. den Untersuchten:

Dieses Zeugnis über die gesundheitliche Eignung ist nach der Berufsfachschulordnung für Kinderpflege BFSO § 26 (1) Aufnahmeverfahren die Voraussetzung für die Aufnahme der Berufsausbildung zur staatlich geprüften Kinderpflegerin und zum staatlich geprüften Kinderpfleger.

Die praktische Berufsausbildung findet in Einrichtungen für Kinder

- unter drei Jahren (Kinderkrippen)
- für Kinder von 3 - 6 Jahren (Kindergärten)
- für Kinder im Grundschulalter (Schulkindbetreuung, Hort) statt.

Dafür benötigen die Schülerinnen und Schüler die physische, psychische und kognitive Befähigung, folgende Tätigkeiten nach Anleitung eigenständig auszuführen:

- Betreuung und Förderung einzelner Kinder und Teilgruppen während der Spielzeiten im Haus und im Freien,
- Betreuung von Kindern während der Mahlzeiten bzw. der Ruhezeiten;
- Förderung von einzelnen Kindern bzw. Teilgruppen, insbesondere im sprachlichen, motorischen, sozialen Bereich;

Die Schülerinnen und Schüler sollen kontaktfreudig auf Kinder und Erwachsene zugehen können und über ausgeprägte soziale Fähigkeiten verfügen.

Im beruflichen Alltag erfahren sie viele Konfliktsituationen mit Kindern.

Sie sind einem erheblichen Lärmpegel ausgesetzt und brauchen eine gute körperliche Konstitution (Heben und Tragen von Kleinkindern, Sitzen auf niedrigen Stühlen, Durchführen einer Turnstunde mit Kindern usw.).

Eine Befreiung vom Fach **Sport- und Bewegungserziehung** ist an der BFS für Kinderpflege grundsätzlich nicht möglich.

Da es sich um ein fachpraktisches Pflichtfach handelt, besteht **Teilnahmepflicht**.

Die psychische Belastbarkeit ist von besonders großer Bedeutung.

Beurteilung der gesundheitlichen Eignung

Nach der von mir durchgeführten Untersuchung ist die Untersuchte bzw. der Untersuchte aus ärztlicher Sicht **körperlich, geistig und seelisch** für die oben genannten Tätigkeiten

geeignet

nicht geeignet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift & Stempel des Arztes bzw. der Ärztin