

# Bewerbung für die Weiterbildung

# Diplomlehrgang

# Erlebnispädagogik

Bitte geben Sie Ihre gewünschte Gruppe an

Gruppe 1/11-12:       Gruppe 2/11-12:

## Angaben zu Ihrer eigenen Person

Vorname ..... Nachname (inkl. akad. Grad) .....

Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

Straße .....

Land / PLZ / Ort .....

Telefon / FAX .....

E-mail .....

Beruf / Tätigkeit .....

## Angaben zu Ihrem beruflichen Werdegang

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

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

Bitte beschreiben Sie Ihre Erfahrungen in der Arbeit mit Gruppen.

Welche Berufsbezeichnungen / Abschlüsse haben Sie mit Ihren Ausbildungen erworben?

Wann haben Sie Ihre Ausbildungen / Studien abgeschlossen?

Bitte beschreiben Sie, falls Sie keine, für die Bewerbung relevante Ausbildung abgeschlossen haben, Ihre sozialpädagogische Erfahrung.

## Angaben zu Ihrer individuellen Zielsetzung

Was ist Ihr persönliches Interesse an diesem Diplomlehrgang?

Welche Kenntnisse und Fertigkeiten möchten Sie danach besitzen?

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

Was könnte Ihr persönlicher Beitrag für Ihren Ausbildungserfolg sein?

Was könnten die Teilnehmenden 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 „Diplom 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 ein?		
Besteht eine Schwangerschaft?		
Waren Sie wegen psychischer Auffälligkeiten 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 .....

