

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über die gesundheitliche Eignung für den Beruf „Staatlich geprüfte Kinderpflegerin, Staatlich geprüfter Kinderpfleger“

zur Vorlage bei der
Städt. Berufsfachschule für Kinderpflege, Ruppertstr. 3, 80337 München, Tel.089/233 64400

Vorinformation

für die untersuchende Ärztin / den untersuchenden Arzt und die Untersuchte / den Untersuchten:

Die abgeschlossene Berufsausbildung berechtigt zur Tätigkeit als pädagogische Mitarbeiterin / pädagogischer Mitarbeiter in sozialpädagogischen Einrichtungen wie Kinderkrippen, Kindergärten, Horten oder Häusern für Kinder. Dort übernehmen Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger die Verantwortung für die selbständige Organisation von Spiel- und Entwicklungsangeboten sowie weitere Betreuungssituationen.

Diese Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung ist Voraussetzung für die Aufnahme an der Städt. Berufsfachschule für Kinderpflege, München (**Berufsfachschulordnung – BFSO §5**).

Die Feststellung der gesundheitlichen Eignung bezieht sich hierbei auf **alle Einsatzfelder** der sozialpädagogischen Arbeit. Gegebenenfalls **kann** ein zusätzliches fachärztliches Gutachten notwendig sein.

Eine Befreiung vom Fach **Sport- und Bewegungserziehung** ist an der Städt. BFS für Kinderpflege grundsätzlich nicht möglich. Da es sich um ein fachpraktisches Pflichtfach handelt, besteht **Teilnahmepflicht**.

Name:

Vorname:

geboren am:

Straße, Haus Nr.:

PLZ, Ort:

Beurteilung der gesundheitlichen Eignung

Nach der von mir durchgeführten Untersuchung ist die Bewerberin / der Bewerber für den Beruf als Kinderpflegerin / Kinderpfleger

☐ **geeignet**

☐ **nicht geeignet**

Es wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:

- ☐ 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)
- ☐ Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.
- ☐ Masernschutzimpfung liegt nicht vor.
- ☐ Ist vor 1970 geboren und vom Dokumentationsbedarf bzgl. Masernschutz ausgenommen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes