

Verkürzte Ausbildung zum/r Physiotherapeut/in

Voraussetzung:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abgeschlossene Ausbildung zum /zur Masseur/in. 2. Gesundheitliche Eignung (ärztliches Attest) 3. Polizeiliches Führungszeugnis <p>Masseure, die ihre Ausbildung nach der neuen Ausbildungsordnung absolviert haben, können die verkürzte Ausbildung auch dann antreten, wenn sie das Anerkennungspraktikum (für die Zusatzanerkennung als med. Bademeister) noch nicht abgeleistet haben.</p> <p>Masseure, die ihre Ausbildung nach der alten Prüfungsordnung absolviert haben, müssen das Anerkennungspraktikum abgeleistet haben, um an der verkürzten Ausbildung teilnehmen zu können.</p>
Ausbildungsdauer:	18 Monate (Vollzeit)
Beginn der Ausbildung:	im Oktober eines jeden Jahres – im April auf Nachfrage
Unterrichtszeiten:	montags bis freitags von 8.00 bis 15.00 Uhr
Prüfung:	Nach der 18monatigen Ausbildung Abschluss mit der staatlichen Abschlussprüfung. Die Prüfung wird von der Regierung von Mittelfranken abgenommen.
Ferien:	In Anlehnung an die Bayerischen Schulferien ggf. mit unterrichtsbedingten Anpassungen
Gebühren:	Dank des inzwischen in Kraft getretenen Gesundheitsbonus des Bayerischen Kultusministeriums entfällt das monatliche Schulgeld komplett . Es wird lediglich eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 75,00 Euro pro Monat erhoben . Prüfungsgebühren für die staatliche Abschlussprüfung (Staatsexamen) werden separat berechnet.
Einzureichende Unterlagen:	siehe PDF-Bewerbungsbögen
Bewerbung:	ganzjährig
Anmeldung:	siehe PDF-Bewerbungsbögen
Förderung:	Unsere Schule ist durch die Regierung von Mittelfranken staatlich anerkannt. Schüler und Schülerinnen können daher ggf. staatliche Förderungsmaßnahmen/-mittel (z.B. BAföG) in Anspruch nehmen, sofern sie die Voraussetzungen hierfür erfüllen.

Erlanger Berufsfachschulen für
Physiotherapie und Massage e.V.
Äußere Brucker Str. 51

91052 Erlangen

Paßbild –
bitte aufkleben.

Bewerbungsbogen – Verkürzte Ausbildung zum/r Physiotherapeuten/in.

Bitte direkt im PDF ausfüllen und ausdrucken oder per Hand in Druckbuchstaben.

Zu meiner Person mache ich wahrheitsgetreu folgende Angaben und bewerbe mich hiermit um einen Ausbildungsplatz an Ihrer Schule.

Ausbildungsbeginn: April Oktober

Name/Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum/-ort: _____

Familienstand: _____

Telefon: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Schulabschluß: _____

ggf. sonstige Ausbildung: _____

Ich habe die Ausbildung zum/r Masseur/in und med. Bademeister/in

- nach der alten Ausbildungsverordnung (1 Jahr Schule und 18 Monate Praktikum) absolviert.
 nach der neuen Ausbildungsverordnung (2 Jahre Schule und 6 Monate Praktikum) absolviert.

Ich bin Mitglied im VPT ja nein

Landesgruppe: _____

Mitgliedsnummer: _____

Masseure/innen, die ihre Ausbildung nach der neuen Ausbildungsverordnung absolviert haben, können diese verkürzte Ausbildung auch dann antreten, wenn sie das Anerkennungspraktikum (für den Zusatz med. Bademeister/in) nicht absolviert haben. Masseure/innen und med. Bademeister/innen, die ihre Ausbildung nach der alten Prüfungsverordnung absolviert haben, müssen das Anerkennungspraktikum absolviert haben, um an dieser verkürzten Ausbildung teilnehmen zu können.



Folgende Anlagen sind mit einzureichen:

- Schulzeugnis/se, Prüfungszeugnis und (falls schon vorhanden) Berufsurkunde (Kopien müssen amtlich beglaubigt sein)
- Handgeschriebener lückenloser Lebenslauf
- Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde oder bei verheirateten Bewerbern eine Heiratsurkunde. Bei Namensänderung muss eine amtlich beglaubigte Kopie der jeweiligen Urkunde beigelegt werden.
- Ärztliches Zeugnis – gemäß Anlage
- Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate)
- zusätzliches Passbild mit Namen auf der Rückseite

Unvollständige Unterlagen können leider nicht bearbeitet werden. Bei Urkunden in ausländischer Sprache muss von einem öffentlich bestellten und vereidigten Übersetzer die deutsche Übersetzung beigelegt sein.

_____, den _____
 Ort Datum Unterschrift



Ärztliches Zeugnis / Attest

zur Vorlage in den Privaten Erlanger Berufsfachschulen für Physiotherapie und Massage e.V.

Name/Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Besteht geistige und körperliche Gesundheit?

Besteht eine ansteckende Krankheit?

Besteht Sucht, Abhängigkeit oder Anfallsleiden?

Beurteilung des untersuchenden Arztes über:

Sporttauglichkeit: voll gegeben eingeschränkt gegeben nicht gegeben

Eignung zum Physiotherapeuten/in: uneingeschränkt gegeben mit Vorbehalt* gegeben nicht gegeben

* wenn Vorbehalt – welcher?

Datum

Unterschrift und Arztstempel

