

## Anfrage zur Aufnahme an der Samuel-Heinicke-Fachoberschule

Bitte beachten Sie die angefügten Informationen zur Datenverarbeitung sowie die unterschriftspflichtigen Einwilligungserklärungen im Anhang.

Eines der  
Passbilder bitte  
hier einfügen

### Daten Schüler\*in

Nachname:	Geschlecht:
alle Vornamen:	
Geburtsdatum:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsort/-land:	Ggf. Zugangsdatum
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon Festnetz:	und Telefon mobil:
E-Mail-Adresse:	

Anfrage für:

☐ FOS    ☐ BOS

	Gestaltung	Sozialwesen	Technik	Wirtschaft/Verwaltung
<input type="checkbox"/> Vorklasse V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternative: _____				
<input type="checkbox"/> Klasse 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Alternative: _____)				
<input type="checkbox"/> Klasse 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Klasse 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐ Einladung Aufnahmeprüfung (nur Ausbildungsrichtung Gestaltung)

Aufnahme in das Internat:    ☐ ja    ☐ nein

Ehemalige\*r Schüler\*in der SHR:    ☐ ja    ☐ nein

**Religion:**

- ☐ evangelisch-lutherisch
- ☐ römisch-katholisch
- ☐ sonstige Religion: \_\_\_\_\_
- ☐ ohne Bekenntnis

☐ Ich nehme regelmäßig Medikamente

- ☐ Namen der Medikamente: \_\_\_\_\_
- ☐ Mitteilung in einem vertraulichen Brief an die Schulleitung

**Eltern/Sorgeberechtigte\*r**

- ☐ beide Elternteile
- ☐ nur Vater
- ☐ nur Mutter
- ☐ Vormund

Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon Festnetz:	<i>und</i> Telefon mobil:
E-Mail-Adresse:	

Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon Festnetz:	<i>und</i> Telefon mobil:
E-Mail-Adresse:	

## Berufliche Vorbildung (nur für BOS)

- ☐ mindestens 2-jährige abgeschlossene Berufsausbildung

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

- ☐ ohne abgeschlossene Berufsausbildung mind. 5-jährige Berufserfahrung in folgender Tätigkeit:

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

## Früherer Besuch einer FOS/BOS

Sind Sie vom Besuch aller Fachoberschulen oder aller Gymnasien ausgeschlossen?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie schon einmal eine Fachoberschule besucht?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Schulname und Ort: \_\_\_\_\_

Ausbildungsrichtung: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Haben Sie dort die Probezeit bestanden?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie schon einmal eine Jahrgangsstufe an einer Fachoberschule wiederholt?

☐ ja ☐ nein

Jahrgangsstufe ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13

## Schulischer Werdegang (lückenlos)

Schule/Ort/Schulart	von – bis	Klasse
	–	
	–	
	–	
	–	
	–	
	–	
	–	
	–	
	–	
	–	
	–	

## Erklärung des Bewerbers/der Bewerberin

1. Falls ich gerichtlich vorbestraft bin, ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren anhängig ist, habe ich die Schulleitung darüber informiert.
2. Falls ich vom Besuch einer Fachoberschule ausgeschlossen wurde, habe ich es der Schulleitung schriftlich mitgeteilt.
3. Ich bin darüber informiert worden, dass die Schule Schulgeld erhebt.
4. Über eine Aufnahme kann erst im August nach Vorlage aller erforderlichen Unterlagen entschieden werden.
5. Für Bewerber\*innen ohne Förderbedarf Hören:

Ich habe in einem Motivationsschreiben dargelegt, welche positiven Beiträge mein Schulbesuch für die Schulfamilie leisten könnte.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich mich gleichzeitig an einer anderen Berufs-/ Fachoberschule anmelden muss, da das Platzangebot der Samuel-Heinicke-Fachoberschule sehr begrenzt ist und nur wenige Bewerber\*innen ohne Förderbedarf Hören aufgenommen werden können.

## Informationen und Einwilligung zur Datenverarbeitung

Die Augustinum Gruppe ist Mitglied der Diakonie und unterliegt den Datenschutzbestimmungen der Evang.-Luth. Kirche in Deutschland und ihren Nebenbestimmungen (Kirchengesetz über den Datenschutz DSG-EKD in seiner aktuellen Fassung). Für das Aufnahmeverfahren ist es erforderlich, zur Erfüllung der vorgegebenen betrieblichen Aufgaben personenbezogene Daten zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und innerhalb der Dienststellen des Augustinum oder, soweit zur Aufgabenerfüllung notwendig, an Dritte zu übermitteln.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Falsche oder fehlende Angaben (wissentlich oder unwissentlich) führen zum fristlosen Ausschluss aus der Fachoberschule.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Bewerber\*in

---

Unterschrift der Mutter

---

Unterschrift des Vaters

Bei Schüler\*innen unter 21 Jahren sind die Unterschriften des Bewerbers/der Bewerberin und der Erziehungsberechtigten erforderlich.

## Anlage 1

### Teilnahme am Religions- bzw. Ethikunterricht in der 12. Klasse

Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:
--------------------	---------------

- ich bin:
- ☐ evangelisch
  - ☐ katholisch
  - ☐ sonstige Religion: \_\_\_\_\_
  - ☐ ohne Bekenntnis

Grundsätzlich besuchen evangelische Schüler\*innen den evangelischen Religionsunterricht, katholische Schüler\*innen den katholischen Religionsunterricht, und alle anderen Schüler\*innen den Ethikunterricht.

Für den Wechsel zum Ethikunterricht reicht ein formloser Antrag mit Begründung (s.u.). Für den Wechsel zu einem Religionsunterricht ist das Formular „Antrag zum Religionsunterricht an beruflichen Schulen“ zu verwenden.

Erklärung der evangelischen und katholischen Schüler, die den Ethikunterricht besuchen möchten:

- ☐ Ich melde mich aus Gewissensgründen vom konfessionsgebundenen Religionsunterricht ab.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schüler\*in

\_\_\_\_\_  
bei Minderjährigen: Unterschrift eines  
Erziehungsberechtigten



## Anlage 2

### Hörstatus und technische Versorgung

Vor- und Nachname:	Klasse:
--------------------	---------

Grad der Hörschädigung: ☐ leichtgradig ☐ mittelgradig  
☐ hochgradig ☐ taub

Hörschädigung liegt vor seit: ☐ Geburt  
☐ \_\_\_\_ Lebensjahr

Hörgerät: ☐ ja ☐ nein falls ja: ☐ einseitig ☐ beidseitig

CI: ☐ ja ☐ nein falls ja: ☐ einseitig ☐ beidseitig

AVWS: ☐ ja ☐ nein

Tinnitus (Innenohrgeräusche): ☐ ja ☐ nein

Audiologische Unterlagen Audiogramm vom: \_\_\_\_\_  
Ärztliches Attest vom: \_\_\_\_\_  
Audiologischer Bericht vom: \_\_\_\_\_

☐ Gerade teste ich neue Hörtechnik

**Folgende Angaben finden Sie auf dem Hörgerät/CI oder bei der Rechnung Ihres Akustikers:**  
Sollten Sie die Angaben dort nicht finden, fragen Sie bitte bei Ihrem Akustiker nach.

**Hersteller Hörgerät:** rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

Modell – **vollständige Bezeichnung:** rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_  
(Beispiel: Phonak Audeo P 50/312 T)

**Hersteller CI:** rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

Modell – **vollständige Bezeichnung:** rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

**Erfragen Sie die unten abgefragten Informationen bitte direkt bei Ihrem Akustiker, wenn Sie sich nicht sicher sind:**

Besitzt das Hörgerät/das CI eine T-Spule: ☐ ja ☐ nein

Falls ja, ist diese Funktion aktiviert: ☐ ja ☐ nein

**Besitzen Sie/Ihr Kind eine Hörübertragungsanlage (FM-Anlage)?**

☐ ja    ☐ nein

**Falls ja, welche Mikrofone und Empfänger verwenden Sie/Ihr Kind?** (Mehrfachnennungen möglich)

Wenn Sie die Bezeichnungen nicht kennen, fragen Sie bitte bei Ihrem Akustiker nach!

**Mikrofone**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Phonak Roger Touchscreen Mic | <input type="checkbox"/> Phonak Roger Pass-around | <input type="checkbox"/> Phonak Roger Pen         |
| <input type="checkbox"/> Phonak Roger On              | <input type="checkbox"/> Phonak Roger Select      | <input type="checkbox"/> Phonak Roger Clip-on-Mic |
| <input type="checkbox"/> Phonak Roger Table Mic II    | <input type="checkbox"/> Oticon EduMic            | <input type="checkbox"/> GN ReSound Multi Mic     |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____              |   |   |

**Empfänger**

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Roger X        | <input type="checkbox"/> RogerDirect     | <input type="checkbox"/> Roger 21     |
| <input type="checkbox"/> Roger 20       | <input type="checkbox"/> Roger 17        | <input type="checkbox"/> Roger MyLink |
| <input type="checkbox"/> Roger Neckloop | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |                                       |

---

**Zusätzliche, freiwillige, aber für ggf. erforderliche Nachfragen wichtige Angaben:**

*Ihre Angaben werden vertraulich behandelt! Alle Angaben dienen allein der möglichst optimalen hörtechnischen Anbindung der individuellen Hörtechnik unserer Schülerinnen und Schüler an die schulhausinterne Hörtechnik.  
Danke für Ihre Mithilfe!*

Name Hörakustiker\*in: \_\_\_\_\_

Anschrift des Betriebs: \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Betriebs: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass die/der oben genannte Akustiker\*in Informationen zur Hörgeräte- bzw. CI-Versorgung und möglicher Zusatzausstattung an die Samuel-Heinicke-Fachoberschule weitergeben darf.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Erziehungsberechtigten bzw.  
der volljährigen Schülerin/des volljährigen Schülers



## Auswirkungen

Wie wirkt sich Ihre Hörschädigung aus (z.B. schwierige Hörsituationen)?

Hat sich Ihre Hörschädigung im Laufe der Zeit verändert? Wenn ja: wann und wie?

Welche unterrichtsrelevanten Maßnahmen haben sich für Sie besonders bewährt?  
*z.B.: bestimmter Sitzplatz, ruhige Lernumgebung, Zusammenfassen von Lernergebnissen;  
Visualisierungen; strukturiertes Arbeiten; Sprachförderung*

Über welche individuellen Stärken/Ressourcen verfügen Sie?

Was hilft Ihnen, um mit der Hörschädigung gut umgehen zu können?

Welche Strategien möchten Sie diesbezüglich entwickeln?