



ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

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

zur Vorlage bei der Berufsfachschule für Kinderpflege, Schleiferberg 12, 85275 Pfaffenhofen

Name/Vorname:

geb. am: in:

Anschrift:

.....

Vorabinformation für die/den untersuchende/ Ärztin/ Arzt und die/den Untersuchte/n:

Dieses Zeugnis über die gesundheitliche Eignung ist nach der Berufsfachschulordnung für Kinderpflege § 5 Abs. 1 BFSO (Aufnahmeverfahren) die Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung für andere Bewerber zur staatlich geprüften Kinderpflegerin / zum staatlich geprüften Kinderpfleger.

Die praktische Berufsausbildung zur Kinderpflegerin/ zum Kinderpfleger findet in Einrichtungen für Kinder

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

Dafür benötigen die Bewerberinnen und Bewerber 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 Bewerberinnen bzw. Bewerber 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/ der Untersuchte aus ärztlicher Sicht
körperlich, geistig und seelisch für die oben genannten Tätigkeiten**

☐ **geeignet.**

☐ **nicht geeignet.**

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift und Stempel der Ärztin/ des Arztes