

PERSONALBOGEN

PHYSIOTHERAPIE

Hiermit bewerbe ich mich um einen Ausbildungsplatz
zum/zur Physiotherapeut/in

NAME:	VORNAME:	
GEBURTSNAME:	WEITERE VORNAMEN:	
GEBOREN AM:	STAATSANGEHÖRIGKEIT:	
GEBURTSORT:	ZUGEZOGEN IM JAHR: <small>FALLS NICHT DEUTSCH</small>	
VERHEIRATET / <input type="checkbox"/> LEDIG / <input type="checkbox"/> VERWITWET	BITTE ANKREUZEN	KINDER:

1. WOHN SITZ

STRASSE:	HAUSNUMMER:
PLZ/ORT:	LANDKREIS:
HANDY:	TELEFON:
E-MAIL:	

2. WOHN SITZ (FALLS RELEVANT)

STRASSE:	HAUSNUMMER:
PLZ/ORT:	LANDKREIS:
HANDY:	TELEFON:
E-MAIL:	

SCHULABSCHLUSS

SCHULE/SCHULART:	
ABSCHLUSSJAHR:	NOTENDURCHSCHNITT:
ABGESCHLOSSENE BERUFAUSBILDUNG ALS:	
ABSCHLUSSJAHR:	NOTENDURCHSCHNITT:
IN AUSBILDUNG BEFINDLICH ALS:	

Alle Angaben können – falls erforderlich – nachgewiesen werden!

AUFAHMEANTRAG

PHYSIOTHERAPIE

Hiermit bewerbe ich mich um einen Ausbildungsplatz
zum/zur Physiotherapeut/in

NAME:

VORNAME:

gemäß den Bedingungen des Ausbildungsvertrages sowie der Schulordnung der VPT-Berufsfachschule GmbH. Die endgültige Aufnahme erfolgt erst nach bestandener Aufnahmeprüfung und Unterzeichnung beider Parteien des Ausbildungsvertrages.

KOSTENÜBERNAHME

Die Verwaltungs- und Materialpauschale in Höhe von 30,00 € pro Monat wird jeweils zum 1. eines Monats von mir/meinen Eltern auf das Konto der Berufsfachschule überwiesen.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers

ZUSTIMMUNG DER GESETZLICHEN VERTRETER

(bei minderjährigen Bewerbern)

Wir haben den Aufnahmeantrag

UNSERER TOCHTER

UNSERES SOHNS

NAME:

VORNAME:

GEBOREN AM:

zur Kenntnis genommen und genehmigen/unterstützen diesen.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

AUFAHMEKRITERIEN PHYSIOTHERAPIE

AUFAHMEVERFAHREN

Kennenlernstage werden voraussichtlich von **März 2026 bis September 2026** stattfinden. Es handelt sich um einen schriftlichen und praktischen Teil mit anschließendem Vorstellungsgespräch (mündlicher Teil).

AUSBILDUNGSPLAN

Die Berufsfachschule für Physiotherapeuten in Bad Birnbach bietet eine **3-jährige theoretische und praktische Ausbildung** im Vollzeitunterricht mit anschließender staatlichen Prüfung an.

UNTERRICHTSFÄCHER

- Berufs-, Gesetzes- und Staatskunde
- Anatomie
- Physiologie
- Allgemeine Krankheitslehre
- spezielle Krankheitslehre
- Hygiene
- Erste Hilfe und Verbandstechnik
- angewandte Physik/Biomechanik
- Psychologie / Pädagogik / Soziologie
- Prävention und Rehabilitation
- Trainingslehre, Bewegungslehre
- Bewegungserziehung
- physikalisch-therapeutische Befund- und Untersuchungstechniken
- krankengymnastische Behandlungstechniken
- Massagetherapie; Elektro-, Licht und Strahlentherapie
- Hydro-, Balneo-, Thermo- und Inhalationstherapie, methodische Anwendung der Physiotherapie in den medizinischen Fachgebieten

KLINISCHES PRAKTIKUM

Einsatz in unseren Kreiskrankenhäusern sowie verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen und Kurmittelhäusern.

PROBEZEIT

Das erste Halbjahr gilt als Probezeit. Zeigt sich ein Schüler im Laufe des Lehrgangs – auch nach der Probezeit – für diesen Beruf ungeeignet, bringt er bei den mündlichen, schriftlichen und praktischen Leistungskontrollen nicht die geforderten Leistungen oder fügt er sich trotz mehrfacher Verwarnung den Anordnungen des Leiters oder Lehrkräfte der Schule nicht, so steht der Schulleitung das Recht zu – ohne besondere Prüfung – die weitere Teilnahme am Lehrgang zu verweigern.

KOSTEN

Das derzeitig monatlich zu zahlende Schulgeld beläuft sich auf 110,00 €, zahlbar 12 Monate lang für ein Schuljahr (=1.320,00 €). Die zuständige Bezirksregierung übernimmt diese Kosten komplett, gültig ab Januar 2024. **Nach Abzug des Schulgeldersatzes beträgt das Schulgeld 0,00 €.** Es bleibt lediglich eine **Verwaltungs- und Materialpauschale (VMP)** in Höhe von **30,00 €** zu zahlen. Diese ist 12 mal pro Jahr im Voraus fällig und hat am 01. eines jeden Monats einzugehen; Beginn Oktober. Der Nachweis über die Einrichtung eines Dauerauftrages ist spätestens bei Schulbeginn im Sekretariat abzugeben. Ohne Vorlage dieses Nachweises wird eine Gebühr in Höhe von 15,00 € erhoben.

An unserer Schule besteht ansonsten **LEHRMITTELFREIHEIT** für Schulbücher, Schulskripten und Exkursionen. Weitere Kosten wie z. B. Anschaffung zusätzlicher Bücher, Fotokopien, Haftpflichtversicherung, Unterkunft und Verpflegung werden von der Schule nicht übernommen. **Unsere Schule ist BaFöG-berechtigt.**

LEHRGANGSBEGINN

Oktober 2026

EINSENDTERMIN BEWERBUNGSSUNTERLAGEN

– Ab sofort bis Ende September 2026

Bewerbungen außerhalb des angegebenen Zeitraumes, sowie unvollständige Bewerbungsunterlagen können nicht berücksichtigt werden!

AUFGNAHMEKRITERIEN PHYSIOTHERAPIE

GESETZLICHE VORAUSSETZUNGEN

- Mittlere Reife ODER eine gleichwertige Schulbildung ODER eine abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert ODER eine nach Hauptschulabschluss (oder gleichwertigen Abschluss) abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer ODER Facharbeiterbrief
- Die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufes und ein ausreichender Masernimpfschutz oder eine bestehende Immunität muss gegeben sein.

Aufgrund zahlreich eingehender Bewerbungen muss für die Vergabe der Ausbildungsplätze ein Aufnahme verfahren durchgeführt werden.

Gehen mehr Bewerbungen ein, als Plätze für das Aufnahmeverfahren vorhanden sind, entscheiden folgende Kriterien über die Möglichkeit der Teilnahme:

- Gesamtnotendurchschnitt des Abschlusszeugnisses
- Tätigkeit zwischen Schulabschluss und der Bewerbung
- Zeitlicher Eingang

Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme besteht nicht.

BEWERBUNGSSUNTERLAGEN:

1. **Personalbogen mit Passbild** (Format 3 x 5 cm) – bitte Name auf der Rückseite vermerken!
2. **Aufnahmeantrag** (bei Minderjährigen mit Zustimmung der gesetzlichen Vertreter)
3. **Kopie der Geburts- oder Abstammungsurkunde** u. ggf. Heiratsurkunde
4. **Kopie vom Personalausweis bzw. Reisepass**
5. **Beglaubigte Kopie des Schulabschlusszeugnisses** (örtliche Gemeinde)
6. **Lückenloser, tabellarischer Lebenslauf**
7. **Schriftlicher Nachweis** (der Praktikumsstelle) über ein evtl. abgeleistetes Praktikum im Pflege- oder Physiotherapiebereich, sowie über die Tätigkeit zwischen der Schulausbildung und der Bewerbung
8. **Bei Bewerbern aus Nicht-EU-Staaten:** Bestätigung der Ausländerbehörde, dass gegen den Schulbesuch keine ausländerrechtlichen Bedenken bestehen und eine entsprechende Arbeitserlaubnis der Agentur für Arbeit
9. **Schriftlicher Nachweis über das Bestehen einer privaten Haftpflichtversicherung**
10. **Ärztliches Gesundheitszeugnis im Original** (Gültigkeit 3 Monate!) mit der Bestätigung über die körperliche Tauglichkeit für den Beruf der Physiotherapeut/in (bei Minderjährigen: ein ärztliches Zeugnis nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz)
- 10a **Nachweis über einen ausreichenden Masernimpfschutz oder eine bestehende Immunität.**
Ab dem 01.03.2020 tritt das Masernschutzgesetz in Deutschland in Kraft. Sie gilt für alle Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen oder medizinischen Einrichtungen tätig sind, insbesondere für medizinisches Personal (§ 23a IfSG). Vor Antritt der Ausbildung muss daher auf dem beiliegenden Attest vom Arzt bestätigt werden, dass ein Masernschutz besteht.
11. **Amtliches Führungszeugnis im Original** (Gültigkeit 3 Monate!)
Bei Bewerbungen **vor dem 15. Juli 2026** bitte beiliegende Erklärung (Strafverfahren) unterschreiben (bzw. vom Erziehungsberechtigten unterschreiben lassen) und 8 Wochen vor Beginn der Ausbildung Amtliches Führungszeugnis sowie Gesundheitszeugnis nachreichen!
Bei Bewerbungen **nach dem 15. Juli 2026** sind Amtliches Führungszeugnis und Gesundheitszeugnis sofort beizulegen!

Bitte senden Sie alle Bewerbungsunterlagen **der Reihenfolge nach geordnet** in einer Klarsichthülle mit Lochrand an die unten genannte Anschrift!

Zum Aufnahmeverfahren werden nur Bewerber bestellt, deren Bewerbungsunterlagen vollständig sind.

Keine Bewerbungsmappen, Schnellhefter oder Heftstreifen mitschicken!

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

(FÜR DIE AUFNAHME AN DER SCHULE)

FRAU HERR

NAME:

VORNAME:

GEBOREN AM:

ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes

PHYSIOTHERAPEUTIN/ DES PHYSIOTHERAPEUTEN

geeignet.

Ein ausreichender Masernimpfschutz oder eine bestehende Immunität ist gegeben.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

ERKLÄRUNG

ICH ERKLÄRE, DASS GEGEN MEINE/N TOCHTER/SOHN
KEIN GERICHTLICHES STRAFVERFAHREN
ODER EIN STAATSANWALTLICHES ERMITTLEMENTSVERFAHREN
ABHÄNGIG IST ODER WAR.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

ERKLÄRUNG

ICH ERKLÄRE, DASS GEGEN MICH
KEIN GERICHTLICHES STRAFVERFAHREN ODER
EIN STAATSANWALTLICHES ERMITTLEMENTSVERFAHREN
ABHÄNGIG IST ODER WAR.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers