

FB 21 - Erziehungswissenschaften
 Institut für Erziehungswissenschaft
 Dr. Sabine Lauber-Pohle
 Studiengangskoordination
 Wilhelm-Röpke-Str. 6, Zi. +2A05
 35032 Marburg

Zulassungsantrag zum Zertifikatskurs
„Grundlagen inklusiver Pädagogik bei Blindheit und Sehbehinderung“

Bitte füllen Sie das Formular am Computer aus und drucken Sie es dann für den Versand aus.

Gewünschter Studienbeginn: WS

Gewünschter Umfang: Vollständiger Kurs **ZM1** **ZM2** **ZM3** **ZM4** **ZM5**

1) Angaben zur Person			
Familiename:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>		
Vorname:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>		
Geburtsname:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>		
Geburtsdatum:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	Geburtsort:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Geschlecht:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	Staatsangehörigkeit:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>

2a) Korrespondenzadresse			
Straße Nr.:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>		
Postzusatz (c/o):	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>		
PLZ (Postcode):	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	Ort:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Land:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>		
Email:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>		
Telefon:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	Mobil:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>

2b) Rechnungsadresse (falls abweichend von der Korrespondenzadresse):			
Name der Organisation	<input type="text"/>		
Straße + Hausnummer	<input type="text"/>		
PLZ (Postcode):	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Land:	<input type="text"/>		

3a) Höchste abgeschlossene Berufsausbildung	
Originalbezeichnung	<input type="text"/>
Ort u. Land des Erwerbs:	<input type="text"/>
Datum des Erwerbs:	<input type="text"/>

ODER

3b) Höchster Hochschulabschluss			
Studiengang:	<input type="text"/>		
Art des Abschlusses:	<input type="text"/>		
Hochschule, Ort:	<input type="text"/>		
Datum des Erwerbs:	<input type="text"/>	Abschlussnote:	<input type="text"/>

4) Schule			
Originalbezeichnung höchster Schulabschluss:	<input type="text"/>		
Ort des Erwerbs:	<input type="text"/>		
Datum des Erwerbs:	<input type="text"/>	Abschlussnote:	<input type="text"/>
Schullaufbahn*:			von – bis
1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

5) Berufserfahrung:		
Aktuelle berufliche Position:		
Arbeitgeber:		
Bisherige Berufserfahrung*:	von	bis
1) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6) Studium		
Fach, Universität, ggf. Abschluss	von	bis
1) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7) Berufsbegleitende Weiterbildung zur Reha-Fachkraft	
Der Zertifikatskurs ist als IGLM (Grundlagenmodul) für die berufsbegleitende Ausbildung zur Reha-Fachkraft und als Basis für die Vollzeitausbildung O&M bei IRIS in Hamburg anerkannt. Die folgenden Fragen dienen der besseren Koordination der berufsbegleitenden Weiterbildung.	
Haben Sie Interesse daran, im Anschluss an den Zertifikatskurs an einer berufsbegleitenden Weiterbildung zur Reha-Fachkraft teilzunehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sich bereits für ein Vertiefungsmodul (O&M, LPF, Low Vision) angemeldet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, für welches?	<input type="checkbox"/> O&M <input type="checkbox"/> LPF <input type="checkbox"/> Low Vision
Haben Sie sich für eine Vollzeitausbildung beworben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, für welche?	<input type="checkbox"/> O&M <input type="checkbox"/> LPF
Dürfen wir diese Angaben für die Abstimmung der Anbieter untereinander verwenden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass für die Vertiefungsmodule und die Vollzeitausbildung eine eigene Anmeldung beim jeweiligen Anbieter erfolgen muss. Informationen zu den verschiedenen Angeboten finden Sie auf der Webseite des Zertifikatskurses.	

Der Bewerbung sind folgende Dokumente beigelegt:	Ja	Nein	Kommentar
Nachweis des letzten Schulabschlusses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abschlusszeugnis des höchsten Hochschulabschlusses (beglaubigte Kopie) und/oder des höchsten Berufsabschlusses (beglaubigte Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabellarischer Lebenslauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweis über eine mindestens einjährige Berufserfahrung in einem pädagogischen, rehabilitativen oder pflegenden Beruf bzw. in einem technischen Beruf, der der Arbeit mit sehbeeinträchtigten Menschen nahesteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere Unterlagen (z.B.: Weiterbildungsnachweise, Fremdsprachennachweise, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erklärung des Studienbewerber_in:

Ich versichere, dass meine Angaben wahr und vollständig sind und ich bin mir bewusst, dass bei festgestellten, unwahren oder unvollständigen Angaben die Anmeldung für den Zertifikatskurs zurückzunehmen ist.

Änderungen der Anschrift und des Personenstandes werde ich der Studiengangskoordination unverzüglich anzeigen.

Wir erheben analog zu § 2 Abs. 2 Nr. 1-8 und 14, § 3 Abs. 4 Nr. 1 und 3, § 14 Abs. 1 sowie § 15 Abs. 1 und 2 der Hessischen Immatrikulationsverordnung vom 24.02.2010, zuletzt geändert am 01.02.2017, sowie darüber hinaus, falls sie für die Organisation und Durchführung des Zertifikatskurses notwendig sind, personenbezogene Daten und pflegen und schützen sie gemäß EU-DGSV in Verbindung mit § 1 Abs. 2 des Hessischen Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetzes vom 03.05.2018. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, von der Philipps-Universität Marburg unter der oben angegebenen Anschrift Auskunft über meine Daten zu erhalten oder deren Löschung zu verlangen.

Ort, Datum		Unterschrift	
------------	--	--------------	--

* Bitte nutzen Sie ein weiteres Anmeldeformular, falls die Zeilen nicht ausreichen.