

SUPSI

Anmeldeformular

1	Name und gesetzlicher Wohnort (Steuerdomizil)		
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau			
Name:			
Vorname:			
Strasse, Hausnummer:			
Postleitzahl:		Ort:	Kanton/Land:
Telefonnummer privat:			
Telefonnummer Geschäft:			
Telefonnummer Mobil:			
E-Mail:			
2	Angaben zur Person		
Schweizer Matrikelnummer (sofern vorhanden):-.....-.....			
(Die persönliche Matrikel-Nr. wird bei erstmaliger Studienaufnahme an Schweizer Universitäten/ETH und Fachhochschulen vergeben und muss für diese Anmeldung übernommen werden)			
Geburtsdatum:		AHV-Nummer:	
Zivilstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Heimatort:		Heimatkanton:	
Muttersprache: (nur 1 angeben)		<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/>
Fremdsprachen:	
.....		
<i>Für Ausländer/-innen</i>			
Geburtsort:		Land:	
Staatsangehörigkeit:		Ausländerausweis:	

3	Bisherige oder gegenwärtige Tätigkeit		
Firma:			
Strasse, Hausnummer:			
Postleitzahl:		Ort:	
Ihre Funktion:			
Anstellungsgrad in %:			
4	Bisherige Ausbildung		
<i>Zuletzt besuchte Diplom-/Fachmittelschule:</i>			
Name der Schule:		Zeitraum von	bis
Ort:			
<i>Lehrabschluss</i>			
Berufslehre als:		Abschlussjahr:	
Name der Schule:			
Ort:			
<i>Berufsmatura / Fachmatura</i>			
<input type="checkbox"/> Gesundheit und Soziales		<input type="checkbox"/> Kaufmännische Richtung	
<input type="checkbox"/> Gestalterische Richtung		<input type="checkbox"/> Technische Richtung	
<input type="checkbox"/> Gewerbliche Richtung		<input type="checkbox"/> Naturwissenschaftliche Richtung	
Name der Schule:		Kanton:	
Ausstellungsort des Ausweises:		Datum Ausweis:	
<i>Gymnasiale Matura</i>			
<input type="checkbox"/> Eidgenössisch anerkannte Matura			
<input type="checkbox"/> Andere Matura:			
Name der Schule:		Kanton:	
Ausstellungsort des Ausweises:		Datum Ausweis:	

<i>Andere Vorbildung (mit Abschluss)</i>		
<input type="checkbox"/> Höhere Fachschule	Zeitraum von	bis
<input type="checkbox"/> Diplommittelschule	Zeitraum von	bis
<input type="checkbox"/> Anderer eidgenössischer Ausweis	Zeitraum von	bis
Abschluss/Typ:		
Ausstellungsort des Ausweises:		Datum Ausweis:
<input type="checkbox"/> Erlangter ausländischer Ausweis	Zeitraum von	bis
Abschluss/Typ:		
Ausstellungsort des Ausweises:		Datum Ausweis:
<i>Andere Vorbildungen (ohne Abschluss)</i>		
Name der Schule:		Kanton:
Ort:	Zeitraum von	bis
5	Fachpraktikum	
Haben Sie ein Fachpraktikum absolviert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Praktikumsbezeichnung:		
Wann wurde das Praktikum absolviert:	Zeitraum von	bis
Arbeitgeber:		
Adresse:		

6	Wie wurden Sie erstmals auf uns aufmerksam?
<input type="checkbox"/> Prospekt und Informationen in der Mittelschule/Gymnasium <input type="checkbox"/> Inserat in Zeitung oder Fachzeitschrift <input type="checkbox"/> Berufsberatung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> andere	
7	Erforderliche Unterlagen zur Anmeldung
<input type="checkbox"/> Lebenslauf sowie ein kurzes Motivationsschreiben, aus dem ersichtlich ist, weshalb der Wunsch besteht, das Studium aufzunehmen <input type="checkbox"/> Zeugniskopien (Fähigkeitszeugnis mit Notenblatt der Lehrabschlussprüfungen, Berufsmatura-zeugnis bzw. Gymnasialmaturazeugnis) <input type="checkbox"/> Formular Angaben Gesundheitszustand <input type="checkbox"/> Arbeitsbestätigung jetziger und früherer Arbeitgeber <input type="checkbox"/> evtl. Kopien der Sprachdiplome <input type="checkbox"/> evtl. Praktikumsnachweis <input type="checkbox"/> 2 qualitativ gute Passfotos	

Zulassung zum Studium

ber die Zulassung zum Studium entscheidet die Direktion der Fachhochschule Südschweiz, aufgrund der Zulassungsbedingungen sowie des Resultates der Eignungsabklrung. Der Entscheid ist definitiv und nicht anfechtbar.

Eine definitive Zusage berechtigt nur zum Studienantritt im Jahr der Eignungsabklrung.

Vorbehalten bleibt der Abschluss des schriftlichen Ausbildungsvertrages, welcher von der/vom An-meldenden innert zehn Tagen seit Mitteilung der Zulassung zum Studium unterzeichnet zu retournieren ist. Andernfalls fllt die Zulassung zum Studium dahin.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Bitte einsenden an:

Fachhochschule Südschweiz SUPSI
 Departement Gesundheit Physiotherapie Graubünden
 Weststrasse 8
 7302 Landquart

Angaben Gesundheitszustand

von der Kandidatin / vom Kandidaten auszufüllen und vom Hausarzt unterschrieben den Bewerbungsunterlagen beilegen.

Name Vorname.....

Geburtsdatum Wohnort.....

1. Welche Infektions- bzw. Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht oder sind dagegen geimpft?

Krankheit	Impfung	Krankheit	Impfung
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Wilde Blattern	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/>		

2. Welche anderen Krankheiten bzw. Unfälle oder Operationen haben Sie sonst durchgemacht?

Krankheit / Unfall / Operation	Jahr
.....
.....
.....

3. Spitalaufenthalt?

Grund	Jahr	Spital
.....
.....
.....

4. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in ärztlicher Behandlung (bitte auch dann ausfllen, wenn oben bereits erwähnt)?

Grund Jahr Spital

.....
.....
.....

5. Waren Sie schon in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung oder Betreuung?

Grund Jahr Wo?

.....
.....
.....

6. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja,

Welche? Seit wann?

.....
.....
.....

7. Hatten Sie schon einmal Probleme mit Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum? (bitte jede Zeile mit ja oder nein beantworten)

Alkohol

Drogen

Medikamente

8. Leiden Sie an irgendwelchen Allergien? Wenn ja,

Welche? Seit wann?

.....
.....
.....

9. Bestehen im heutigen Zeitpunkt Beschwerden irgendwelcher Art oder Krankheiten, Behinderungen, Unfallfolgen? Wenn ja,

Welche?

Seit wann?

.....
.....
.....

Wenn ja, sind Sie deswegen momentan in ärztlicher Behandlung?

Wo?

Seit wann?

.....
.....

10. Fühlen Sie sich im heutigen Zeitpunkt völlig gesund?

11. Liegt bei Ihnen eine Essstörung (Bulimie / Anorexia) oder ein extremes Essverhalten vor?
Wenn ja,

Welche/s?

Seit wann?

.....

12. Allfällige Bemerkungen oder weitere Angaben

.....
.....

Die vorliegenden Fragen wurden wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet:

Unterschrift Kandidatin / Kandidat

Ort und Datum:

.....

.....

Angaben Gesundheitszustand

Name Vorname.....

Geburtsdatum Wohnort.....

Bestätigung des Hausarztes:

Hiermit bestätige ich, dass alle Ausführungen den Tatsachen entsprechen. Es bestehen bei obgenannter Person keine geistigen oder körperlichen Probleme, die eine Physiotherapie-Ausbildung in Frage stellen würden.

Stempel und Unterschrift Hausarzt

Ort und Datum

.....

.....