



**Zentralschweizer Fachschule für Medizinische Masseure ZefaM**

Aufnahmegesuch für

Teilzeit März 2021

Vollzeit August 2021

**Personalien**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Tel Privat: \_\_\_\_\_

Tel Geschäft: \_\_\_\_\_

Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Schulbildung: (z.B. Real-/Sekundarschule, Gymnasium) \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Hobbys: \_\_\_\_\_

AHV Nummer: \_\_\_\_\_

**Angaben zur absolvierten Erstausbildung**

Beruf: \_\_\_\_\_

Dauer: \_\_\_\_\_

Beruf heute: \_\_\_\_\_

**Umschreiben Sie bitte kurz Ihre Berufsmotivation:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte Rückseite ausfüllen.**

**Mögliche Ziele nach Ausbildungsabschluss sind:**

---

---

---

---

**Lebenslauf**

-> Bitte elektronisch übermitteln oder in gedruckter Form beilegen!

**Berufliche und/oder fachliche Vorkenntnisse**

Haben Sie bereits Erfahrung auf diesem Gebiet?

**A. Anatomie**

Ja  Nein

**B. Massage**

Ja  Nein

**C. Bewegung**

Ja  Nein

**D. Weitere spezielle Kenntnisse**

---

---

**E. Sport**

Ja  Nein

Sportart: \_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich den Anforderungen der Ausbildung im physischen sowie im psychischen Bereich gewachsen?

Ja

Ich wünsche ein Gespräch mit der Schulleitung bezüglich meines Gesundheitszustandes.

**T-Shirt-Grösse** (bitte ankreuzen):

S

M

L

XL

**Regelung zur Übernahme der Ausbildungskosten**

Übernahme durch die IV möglich (Umschulung)

Stipendienantrag wird gestellt

Selbsttragend (Dauerauftrag erwünscht)

andere: \_\_\_\_\_

**Diesem Aufnahmegesuch sind beizulegen:**

Abschlussdiplom

Strafregisterauszug

Passfoto (bitte in elektronischer Form an [s.muheim@dickerhof.ch](mailto:s.muheim@dickerhof.ch))

Das Aufnahmegesuch wird von der Schulleitung geprüft.

Bei Aufnahme in die Ausbildung der ZefaM erhalten Sie eine Ausbildungsvereinbarung (Anmeldung zum Med. Masseur/In und Vorbereitung auf die Berufsprüfung zum Med. Masseur/In mit eidg. Fachausweis) und das dazugehörige Reglement. Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihnen die Zulassungsbedingungen zur Berufsprüfung Med. Mass. FA bekannt sind.

Ort/Datum:

---

Unterschrift Lernende/Lernender:

---