

# ANMELDEBOGEN Vollzeit

Seite 1 von 3



**Optonia**  
Wir machen Meister

**Private Fachschule für Augenoptik und Optometrie**

Ein Unternehmen der Bildungspark GmbH

Wilhelm-von-Nassau-Park 8 | 65582 Diez/Lahn

Tel. 06432-9366760

Fax 06432-93667625

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgender Ausbildung an:

## Vorbereitungskurs für die Meisterprüfung im Augenoptikerhandwerk in Vollzeit

### Persönliche Daten:

Name, evtl. Geburtsname	Vorname	Geburtsdatum und Ort
Straße	PLZ und Wohnort	Telefonnummer
Handynummer (für Rückfragen)	E-Mail-Adresse (unbedingt erforderlich)	

**Wir arbeiten mit Online Unterstützung. Für diese benötigen Sie einen PC und eine E Mail Adresse.**

Name und Anschrift des nächsten Angehörigen	Telefonnummer im Notfall zu kontaktieren
---	--

Die Anmeldung erfolgt zum \_\_\_\_\_ (Monat & Jahr des Studienbeginns)

### Rechnungsadresse:

Name		
Name, evtl. Geburtsname	Vorname	
Straße	PLZ und Wohnort	

**Bei nachträglicher Änderung der Rechnungsdaten erlauben wir uns eine einmalige Bearbeitungsgebühr von 20, € zu erheben.**

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind mir bekannt. Ich erkläre mich ausdrücklich mit den darin genannten Bedingungen einverstanden und versichere, dass keine mündlichen Nebenabreden getroffen wurden.

Gleichzeitig beauftrage ich die Optonia, in meinem Namen alle erforderlichen Unterlagen für die Anmeldung zur Meisterprüfung über die Handwerkskammer Koblenz an den zuständigen Meisterprüfungsausschuss weiterzuleiten.

Hinweis: Daten werden gespeichert und unter Umständen an Kooperationspartner zum Zwecke der Prüfung oder Verwaltung im Rahmen des Abwicklung des Vertragsverhältnisses weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift

# ANMELDEBOGEN Vollzeit

Seite 2 von 3

## Die Preise entnehmen Sie bitte der aktuellen Preisliste.

Einmalzahlung (Gesamtkurs)

Ratenzahlung\* (Gesamtkurs)

Ich habe bereits den Betriebsassistenten und/oder den AdA-Schein und will daher nur Teile buchen.

Sofortzahlung Teil I & II (nur Augenoptik)

Ratenzahlung\* Teil I & II (nur Augenoptik)

Sofortzahlung Teil I - III (Augenoptik & Wirtschaft)

Ratenzahlung\* Teil I - III (Augenoptik & Wirtschaft)

Sofortzahlung Teil I, II und IV (Augenoptik & AdA-Schein)

Ratenzahlung\* Teil I, II und IV (Augenoptik & AdA-Schein)

**In jedem Fall ist einmalig eine Anmeldegebühr zu zahlen, die auch bei Stornierung nicht erstattet wird.**

Zu einem Gesamtpreis von \_\_\_\_\_

€

(der aktuellen Preisliste zu entnehmen)

**zzgl. 250,00 € Anmeldegebühr**

Für die oben vereinbarten Raten erteile ich:

SEPA-Lastschriftmandat

**Nur bei  
Ratenzahlung**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE5777700000403239

Mandatsreferenz



Ich ermächtige die Bildungspark GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bildungspark GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	

Falls der 1. eines Monats nicht auf einen Arbeitstag fällt, wird der Einzug an dem darauf folgenden Arbeitstag durchgeführt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* nur mit Lastschriftmandat möglich

# ANMELDEBOGEN Vollzeit

Seite 3 von 3

## Wohnheim

Benötigen Sie Platz während des Kurses in unserem Wohnheim?

**Dann rufen Sie uns bitte unter 06432 / 936676-12 an.** Die Reservierung ist erst nach Bestätigung verbindlich.

Nein, danke. Ich benötige keine Unterkunft.

## Anmeldeunterlagen in zweifacher Ausführung (zwingend erforderlich)

ist beigelegt  
(zwingend erforderlich zur Anmeldung)

Gesellenprüfungszeugnis<sup>1</sup>

Kopie eines gültigen<sup>2</sup> Personalausweises (Vorder- und Rückseite)

Bestätigung des Hausarztes<sup>3</sup>

<sup>1</sup> sollten Sie sich noch in der Ausbildung befinden, wenden Sie sich bitte an das Sekretariat

<sup>2</sup> Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Ausweis während des gesamten Lehrgangs gültig ist!

<sup>3</sup> Das Formular befindet sich im Anhang

## Zeugnis über bereits abgeschlossene Prüfungsteile (2-fach)

(nur auszufüllen, wenn Sie sich für den Vollzeitkurs anmelden und bereits Teil III und/oder Teil IV erfolgreich absolviert haben)

ist beigelegt

Teil III (Betriebsassistent/in, Fachkaufmann)

Teil IV (Berufs- und Arbeitspädagogik, Ada-Schein)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Facebook / Instagram

Seminar

Welches und wann?

Vorstellung Berufsschule

Sonstiges:

Ich wurde geworben von:

Name, Vorname

Straße | PLZ und Wohnort

Jahrgang (Monat und Jahr)

## Belehrung:

**Ich habe das Recht, innerhalb von 14 Tagen meine Anmeldung schriftlich zu widerrufen; Kosten irgendwelcher Art entstehen mir dann nicht. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Mir ist bekannt, dass nach Ablauf dieser Frist Kosten anfallen, insbesondere die Anmeldegebühr nicht erstattet wird.**

Ort, Datum

Unterschrift

## GESUNDHEIT!!!

### Liebe angehende Schülerinnen und Schüler der Optonia!

Bald beginnt Ihr Meisterkurs an der Optonia. Das enge zusammen leben und zusammen lernen wird natürlich vom Gesetzgeber überwacht. Gerade bei den Praxisanteilen Ihrer Ausbildung (z.B. Kontaktlinsenanpassung) werden Sie potentiellen Ansteckungsrisiken ausgesetzt werden.

Daher müssen wir Sie belehren:

Wenn Sie an einer der unten genannten Krankheiten leiden oder Ausscheider der Erreger sind, dürfen Sie - bis zu Freigabe durch einen Arzt - die Schule nicht betreten und nicht am Unterricht teilnehmen!

Um Sie alle zu schützen und den gesetzlichen Pflichten Genüge zu tun, müssen wir Sie über diese Verpflichtungen informieren! Lassen Sie sich die Freiheit von solchen Krankheiten von Ihrem Hausarzt bestätigen!

Letzteres kann auf diesem Formular erfolgen oder in einem gesonderten Brief.

Muss spätestens bei Kursantritt vorliegen

Schüler/in

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_, dass die Optonia, Fachschule für Augenoptik und Optometrie mich über die Vorschriften des § 34 Infektionsschutzgesetz belehrt hat. Eine Liste mit den entsprechenden Krankheiten liegt mir vor.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

Ärztin/Arzt

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_, als Hausarzt von \_\_\_\_\_, dass sie/er zum Zeitpunkt der Untersuchung am \_\_\_\_\_ nicht unter einer der Krankheiten gem. § 34 InfSchG erkrankt ist, kein entsprechender Verdacht vorliegt und sie/er auch nicht Ausscheider der Erreger im Sinne von § 34 11 InfSchG ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes

Nach § 34 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz dürfen Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen (insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorten, Schulen oder sonstigen Ausbildungseinrichtungen, Heimen, Ferienlagern und ähnlichen Einrichtungen) beschäftigt und an

- |   |  |
|---|--|
| 1. Cholera,   | 11. Mumps,   |
| 2. Diphtherie,  | 12. Paratyphus,  |
| 3. Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC), | 13. Pest,  |
| 4. virusbedingtem hämorrhagischen Fieber,               | 14. Poliomyelitis,   |
| 5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis,             | 15. Scabies (Krätze),  |
| 6. Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte),     | 16. Scharlach oder sonstigen streptococcus pyogenes-Infektionen, |
| 7. Keuchhusten,   | 17. Shigellose,  |
| 8. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose,                | 18. Typhus abdominalis,  |
| 9. Masern,  | 19. Virushepatitis A oder E,                                     |
| 10. Meningokokken-Infektion,                            | 20. Windpocken   |

erkrankt oder dessen verdächtig oder die verlaust sind, in den genannten Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit oder der Verlaustung durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

Entsprechendes gilt für die in den Gemeinschaftseinrichtungen Betreuten mit der Maßgabe, dass sie die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen dürfen. Gleiches gilt auch für Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind.

Weiterhin dürfen gemäß § 34 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz Ausscheider von

- |  |   |
|--|---|
| 1. Vibrio cholerae O 1 und O 139,              | 4. Salmonella Paratyphi,                |
| 2. Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend, | 5. Shigella sp.,                        |
| 3. Salmonella Typhi ,                          | 6. enterohämorrhagischen E. coli (EHEC) |

nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der gegenüber dem Ausscheider und der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Schutzmaßnahmen die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung teilnehmen.