

Bewerbungsbogen

– bitte Dokument auf PC speichern, elektronisch ausfüllen und sichern –

Schul- und Familienaufenthalt in Deutschland



ICXchange-Deutschland e.V.
Bahnhofstraße 16-18
D-26122 Oldenburg
Tel. +49 (0) 441 - 92 398-0
Fax +49 (0) 441 - 92 398-99
E-Mail info@ICXchange.de
Internet www.ICXchange.de

Programm

- Schuljahr: August bis Juni/Juli
- 1. Schulhalbjahr: August bis Januar
- 2. Schulhalbjahr: Januar bis Juni/Juli
- 4 Monate: August bis Dezember
- 3 Monate: Januar bis April
- sonstiges: nach Absprache

Bewerber/in

Familienname _____
Vorname/n _____
Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____
Geburtsort _____
Nationalität _____
Passnummer _____
Straße, Hausnummer _____
Postleitzahl, Wohnort _____
Land _____
Telefon _____
E-Mail _____

Größe in cm _____ Gewicht in kg _____ Geschlecht _____ Augenfarbe _____ Haarfarbe _____



Angaben zur Familie

Vater

Familienname _____
Vorname/n _____
Geburtsdatum _____
Straße, Hausnummer _____
Postleitzahl, Wohnort _____
Telefon, privat _____
Telefon, geschäftlich _____
E-Mail _____
Beruf _____

Mutter

Familienname _____
Vorname/n _____
Geburtsdatum _____
Straße, Hausnummer _____
Postleitzahl, Wohnort _____
Telefon, privat _____
Telefon, geschäftlich _____
E-Mail _____
Beruf _____

Geschwister

Vorname/n	Alter	Geschlecht	lebt zu Hause?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich lebe mit: Mutter Vater Stiefmutter Stiefvater Großmutter Großvater
 anderen Personen: _____

Kontaktadressen für den Notfall, wenn Deine Eltern nicht zu erreichen sind

Heimatland

Familiennamenname

Vorname/n

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon, privat

Telefon, geschäftlich

E-Mail

Deutschland

Familiennamenname

Vorname/n

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon, privat

Telefon, geschäftlich

E-Mail

Persönliche Angaben

Konfession Nimmst Du am Gottesdienst teil? Ja Nein
Wenn ja, wie oft?

Rauchst Du? Ja Nein Kannst Du bei einer Familie leben, in der geraucht wird? Ja Nein
Magst Du Haustiere? Ja Nein Hast Du Haustiere? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Bist Du in einer Jugendgruppe aktiv? Ja Nein Wenn ja, in welcher?

Beschreibe Deine Aufgaben im Haushalt.

Warst Du schon einmal im Ausland? Ja Nein
Wenn ja, wo und wie lange?

Wann musst Du abends zu Hause sein?
In der Woche: Am Wochenende:

Bist Du Vegetarier? Ja Nein
Wenn ja, bitte erläutere.

Hast Du bereits Jobs ausgeübt? Ja Nein Wenn ja, welche?

Bist Du Mitglied in einem Klub/Verein? Ja Nein Wenn ja, in welchem?

Spielst Du ein Musikinstrument? Ja Nein Wenn ja, welches?

Liste Deine Interessen und Hobbies auf.

Sport	Kunst/Kultur	Unterhaltung	andere
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche Fremdsprachen lernst Du?

Wo und wie lange hast Du sie gelernt, und wie ist Dein Leistungsstand (sehr gut, gut, befriedigend, ausreichend, mangelhaft)?

Sprache	Institution	Lernjahre	Leistungsstand
Deutsch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Benötigst Du ein benotetes Zeugnis am Ende Deines Aufenthaltes? Ja Nein

Warum möchtest Du an dem Programm teilnehmen? Wie bist Du auf die Idee gekommen?

Warum glaubst Du, für das Programm geeignet zu sein?

Schriftliche Selbstdarstellung

Für Deine Bewerbung benötigen wir eine Selbstdarstellung von 1 bis 2 maschinengeschriebenen Seiten. Die Selbstdarstellung muss in Deutsch abgefasst und in Form eines Briefes an Deine zukünftige Gastfamilie gerichtet sein (Liebe Gastfamilie,...).

Stelle Dich selbst vor und beschreibe dabei Deine Interessen und Neigungen, Deine Stärken und Schwächen. Gehe auch auf die übrigen Familienmitglieder sowie ihre Hobbies und Interessen ein. Gib an, wie und wo ihr lebt und erzähle von Eurem Familienleben. Stelle ferner Deinen Wohnort und Deine Schule vor und beschreibe Deinen Schulalltag, Deinen Freundeskreis und Deine Freizeitaktivitäten. Erzähle auch von Deinen Zukunftsplänen.

Mit Deiner Selbstdarstellung solltest Du so viel wie möglich von Deiner Persönlichkeit zum Ausdruck bringen. Vermeide dabei jedoch, positive oder negative Charaktereigenschaften übertrieben darzustellen und versuche auf keinen Fall, etwas zu erfinden, um Eindruck zu machen. Bedenke, dass Deine Selbstdarstellung in besonderem Maße dazu beiträgt, eine passende Gastfamilie für Dich zu finden.

Vergiss bitte nicht, die Selbstdarstellung zu unterschreiben.

Angaben zur Gesundheit

Kreuze alle Krankheiten an, die Du hast/gehabt hast, und gib das Jahr der Erkrankung an.

Krankheit	Jahr	Krankheit	Jahr	Krankheit	Jahr
<input type="checkbox"/> AIDS/HIV positiv	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Allergien gegen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis, Typ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Somnambulismus	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lernstörung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sprachstörung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Anorexia/Bulimia nervosa	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Typhus	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vertigo	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="text"/>

Kreuze an, wenn Du gesundheitliche Probleme mit nachfolgend aufgelisteten Körperfunktionen und Organen hast / gehabt hast, und mache nähere Angaben dazu.

- Augen
- Endokrines System
- Gehirn, Nervensystem
- Hals, Nase, Ohren
- Haut
- Herz-, Kreislaufsystem
- Immunsystem
- Motorisches System
- Niere
- Respiratorisches System
- Stoffwechsel
- Verdauungssystem
- andere

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, gib den Namen des Medikamentes und die Krankheit an, wegen der Du es einnimmst.

Name des Medikamentes

Krankheit

Erklärung des Bewerbers / der Bewerberin

Es ist meine persönliche Entscheidung, an dem Austauschprogramm teilzunehmen. Ich habe die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir ist bewusst, dass falsche Angaben zum Ausschluss vom Programm führen können.

Datum

Unterschrift des Bewerbers / der Bewerberin

Erklärung der Eltern / Erziehungsberechtigten

Die Teilnahme unseres Sohnes / unserer Tochter am ICX-Programm erfolgt mit unserem Einverständnis.

Während der Programmteilnahme unseres Sohnes / unserer Tochter erteilen wir ICX und/oder der Gastfamilie die Vollmacht, im Notfall, bei einem Unfall oder einer Krankheit für uns zu handeln und Entscheidungen zu treffen, die im Interesse unseres Sohnes/ unserer Tochter als notwendig erachtet werden.

Datum

Unterschrift Elternteil 1 / Erziehungsberechtigter 1

Datum

Unterschrift Elternteil 2 / Erziehungsberechtigter 2