

## Gastfamilienbogen

– bitte am PC oder in schwarzer Blockschrift ausfüllen;  
 die Unterlagen werden an Ihr Gastkind weitergeleitet –

Nur von ICX auszufüllen  
 Name des Gastschülers


### Gastfamilie

#### Vater

Name	
Vorname/n	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Bundesland	
Telefon, privat	
Telefon, Arbeit	
Mobil	
Telefax	
E-Mail	
Beruf	

#### Mutter

Name	
Vorname/n	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Bundesland	
Telefon, privat	
Telefon, Arbeit	
Mobil	
Telefax	
E-Mail	
Beruf	

#### Kinder

Vorname/n	Geburtsdatum	Geschlecht	Leben zu Hause?
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

#### Andere im Haushalt lebende Personen

Name	Vorname/n	Geschlecht	Beziehung zur Familie
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	

#### Weitere Angaben

Religionszugehörigkeit		Wird in Ihrer Familie geraucht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig am Gottesdienst teil?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Halten Sie Haustiere?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Mitglied in einem Verein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?	
Wenn ja, in welchem?		Leidet ein Familienmitglied an einer ernsthaften oder chronischen Erkrankung? Besteht eine geistige oder körperliche Behinderung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie bereits Gastschüler aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bitte nähere Angaben dazu.	
Wenn ja, wann und wie lange?			



## Zusammenleben mit dem Gastkind

Für wie lange möchten Sie ein Gastkind aufnehmen?

1 Schuljahr       1 Schulhalbjahr       Monate

Geschlecht des Gastkindes

männlich       weiblich       egal

Altersgruppe

15-16 Jahre       17-18 Jahre

Nationalität

          

Wird Ihr Gastkind ein eigenes Zimmer haben?

Ja       Nein

Wenn nicht, mit wem wird es ein Zimmer teilen?

Würden Sie Ihrem Gastkind erlauben,

– in der Wohnung zu rauchen?

Ja       Nein

– in geringen Mengen Alkohol zu konsumieren?

Ja       Nein

Wann sollte Ihr Gastkind abends zu Hause sein?

In der Woche

am Wochenende

Geben Sie bitte besondere Familienregeln an, die von Ihrem Gastkind zu respektieren sind.

Welche Aufgaben im Haushalt sollten von Ihrem Gastkind wahrgenommen werden?

Aus welchen Gründen möchten Sie ein Gastkind aufnehmen, und welche Erwartungen knüpfen Sie an ein Zusammenleben mit ihm?

## Schule

Name	<input type="text"/>	Anzahl der Schüler	<input type="text"/>
Schulform	<input type="text"/>	Entfernung Wohnung/Schule	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	Wie kommt Ihr Gast- kind zur Schule?	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> mit dem Bus <input type="checkbox"/> mit <input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Monatliche Fahrt- kosten in EUR	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Name der Gast- geschwister, die diese Schule besuchen	<input type="text"/>
Telefax	<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Internet	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name Schulleiter/in	<input type="text"/>		<input type="text"/>

## Wohnort

Einwohnerzahl	<input type="text"/>	Wohngebiet	<input type="checkbox"/> ländlich	<input type="checkbox"/> vorstädtisch
			<input type="checkbox"/> städtisch	<input type="checkbox"/> großstädtisch
Nächstgelegene größere Stadt	<input type="text"/>	Entfernung in km	<input type="text"/>	
Nächstgelegener Bahnhof	<input type="text"/>	Entfernung in km	<input type="text"/>	
Nächstgelegener Flughafen	<input type="text"/>	Entfernung in km	<input type="text"/>	

Bitte beschreiben Sie kurz Ihren Wohnort (geographische Lage, Klima, Freizeitmöglichkeiten, Sehenswürdigkeiten etc.)

Raum für weitere Angaben, die Sie zur Aufnahme eines Gastschülers machen möchten.

Ort

Unterschrift Gastvater

Datum

Unterschrift Gastmutter

ICX dankt Ihnen für Ihre Gastbereitschaft und für Ihre Aufmerksamkeit und Mühe beim Ausfüllen dieses Fragebogens. Wir versichern, dass alle Angaben ausschließlich zum Zwecke der Information für die am Austausch beteiligten Personen und Organisatoren verwendet werden. Jegliche kommerzielle Nutzung oder Weitergabe an Unbeteiligte ist untersagt.

## Betreuung (nur von ICX auszufüllen)

### Örtliche/r Betreuer/in

Name	<input type="text"/>
Vorname/n	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Telefax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

### Kontaktperson bei ICX

Name	Trappe
Vorname/n	Christine
Straße, Hausnummer	Bahnhofstr. 16-18
PLZ, Wohnort	26122 Oldenburg
Telefon	0441 923 98-19
Telefax	0441 923 98-99
E-Mail	info@icxchange.de