

Bitte zum Vorstellungsgespräch ausgefüllt mitbringen!

## Bewerbungsbogen

Ich bewerbe mich für ein:  FSJ  FÖJ  BFD

Wunscheinsatzstelle/ Bereich: \_\_\_\_\_

Geplante Einsatzzeit: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben

|                             |  |   |   |
|-----------------------------|--|---|---|
| <b>Name, Vorname:</b>       |  |   |   |
| <b>Geburtsname:</b>         |  |   |   |
| <b>Straße/ Hausnr.:</b>     |  |   |   |
| <b>PLZ/ Wohnort:</b>        |  |   |   |
| <b>Geburtsdatum:</b>        |  |   |   |
| <b>Geburtsort:</b>          |  |   |   |
| <b>Familienstand:</b>       |  |   |   |
| <b>Staatsangehörigkeit:</b> |  |   |   |
| <b>Telefonnummer:</b>       |  | <b>E-Mail:</b>                            |   |
| <b>Krankenkasse:</b>        |  | selbstversichert <input type="checkbox"/> | familienversichert <input type="checkbox"/> |

### Schulabschluss

|              |                 |
|--------------|-----------------|
| <b>Wann?</b> | <b>Schultyp</b> |
|              |                 |

### Angaben zu den Eltern/oder Kontaktperson im Notfall

|               |                              |
|---------------|------------------------------|
|               | <b>Name, Anschrift, Tel.</b> |
| Mutter/_____: |                              |
| Vater:        |                              |

### Bitte ankreuzen

|                                 |   |   |   |
|---------------------------------|---|---|---|
| Andere offene Bewerbungen       | ja <input type="checkbox"/>             | nein <input type="checkbox"/>           |   |
| Nachweis über Erste Hilfe       | ja <input type="checkbox"/>             | nein <input type="checkbox"/>           |   |
| Führerschein                    | ja <input type="checkbox"/>             | Klasse: _____                           | nein <input type="checkbox"/>             |
| Abgeschlossene Berufsausbildung | ja <input type="checkbox"/>             | Welche: _____                           | nein <input type="checkbox"/>             |
| Abgebrochene Ausbildung         | ja <input type="checkbox"/>             | Welche: _____                           | nein <input type="checkbox"/>             |
| Abgebrochenes Studium           | ja <input type="checkbox"/>             | Welches: _____                          | nein <input type="checkbox"/>             |
| Eigene(s) Kinder                | ja <input type="checkbox"/>             | nein <input type="checkbox"/>           |   |
| Wohnsituation                   | eigene Wohnung <input type="checkbox"/> | bei den Eltern <input type="checkbox"/> |   |
| Impfschutz                      | Hepatitis A/B                           | ja <input type="checkbox"/>             | nein <input type="checkbox"/> <b>oder</b> |
|                                 | Hepatitis B                             | ja <input type="checkbox"/>             | nein <input type="checkbox"/>             |
|                                 | Masern                                  | ja <input type="checkbox"/>             | nein <input type="checkbox"/>             |
|                                 | Covid-19                                | ja <input type="checkbox"/>             | nein <input type="checkbox"/>             |

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_