



Bewerbung zur MiMi-Gesundheitsschulung

TeilnehmerIn:

Name: _____ E-Mail: _____
 Vorname: _____ Tel. privat: _____
 Straße: _____ Tel. dienst: _____
 PLZ/ Ort: _____ Mobil: _____

Persönliche Daten:

Geschlecht: männlich weiblich
 Familienstand: _____
 Anzahl Kinder: _____
 Geburtsdatum: _____._____._____ Geburtsort: _____
 Herkunftsland: _____
 Seit wann in Deutschland: hier geboren Einreisedatum: _____._____._____
 Schulabschluss: _____
 Beruf: _____
 Momentane Beschäftigung: _____
 Krankenkasse: _____

Sprachkenntnisse:

	mündlich						schriftlich					
	sehr gut			ungenügend			sehr gut			ungenügend		
Deutsch	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
Muttersprache <small>Welche?</small>	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
Weitere Sprache <small>Welche?</small>	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥

Wissen Sie schon, wo Sie nach der Schulung eine muttersprachliche Info-Veranstaltung durchführen können? Wenn ja, wo?

Der/die TeilnehmerIn stimmt zu, dass die gemachten Angaben im Rahmen des MiMi-Gesundheitsprojektes verwendet werden dürfen.

 Datum

 Unterschrift TeilnehmerIn