

**Vermittlung mit Erlaubnis  
der Bundesanstalt für Arbeit**

**AU-PAIR-KONTAKT**  
**Manfred Kirsch**  
**Brandstraße 21**  
**D-04626 Schmölln**  
**DEUTSCHLAND**  
**Tel. 0049-34491-23400**  
**Mobil 0049-171-3656598**  
**UA-mobil 0677 082 962**  
**au-pair-kontakt-kirschsln@freenet.de**

**Bewerbung als Au-Pair      [www.au-pair-kirsch.de](http://www.au-pair-kirsch.de)**

- 1) Frau/Frl.....
- 2) Straße, Hausnummer, Wohnung.....
- 3) Land, Postleitzahl, Wohnort.....
- 4) a) Passnummer.....      b) Personencode.....
- 5) Datum und Ort der Ausstellung.....
- 6) Geboren am..... in.....
- 7) a) Telefon, privat.....      b) Fax, privat.....  
     b) Telefon, dienstlich.....      c) Fax, dienstlich.....  
     d) E-Mail.....      e) Mobil.....
- 8) Ihre Nationalität.....
- 9) Ihre Muttersprache.....
- 10) Führerschein:      nein       ja   
     gerade beim Erwerb      nein       ja   
     Fahrpraxis      \_\_\_\_\_ km im Jahr
- 11) Sonstige Spezialkenntnisse.....  
     .....
- 12) Jetzige Tätigkeit.....
- 13) Schulbildung.....
- 14) Ihre Sprachkenntnisse      ① = keine      ⑩ = ausgezeichnet      (bitte ankreuzen)
- a) in deutsch      ①    ②    ③    ④    ⑤    ⑥    ⑦    ⑧    ⑨    ⑩
- b) in englisch      ①    ②    ③    ④    ⑤    ⑥    ⑦    ⑧    ⑨    ⑩
- c) in französisch      ①    ②    ③    ④    ⑤    ⑥    ⑦    ⑧    ⑨    ⑩
- d) in spanisch      ①    ②    ③    ④    ⑤    ⑥    ⑦    ⑧    ⑨    ⑩
- e) in italienisch      ①    ②    ③    ④    ⑤    ⑥    ⑦    ⑧    ⑨    ⑩
- f) in russisch      ①    ②    ③    ④    ⑤    ⑥    ⑦    ⑧    ⑨    ⑩
- g) andere Sprachen.....
- 15) Religion.....wichtig      nein       ja   
     Nehmen Sie regelmäßig an Gottesdiensten teil?      nein       ja
- 16) Körpermaße:      a) Größe:.....cm      b) Gewicht:.....kg

17) Haben Sie besondere Essgewohnheiten ? nein  ja   
z.B. vegetarisch, Diät, glutenfrei?.....

18) Rauchen Sie ? nein  ja   
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?.....

19) Leiden Sie an Allergien, Hautkrankheiten oder chronischen Krankheiten? nein  ja   
Wenn ja, welche:.....

Brauchen Sie regelmäßig Medikamente? nein  ja   
Wenn ja, welche?.....

20) Treiben Sie Sport ? nein  ja   
Welche Sportarten?

..... aktiv  oft  manchmal

..... aktiv  oft  manchmal

..... aktiv  oft  manchmal

..... aktiv  oft  manchmal

..... aktiv  oft  manchmal

Können Sie Rad fahren? nein  ja

Können Sie schwimmen? nein  ja

21) Wie verbringen Sie Ihre Freizeit? Welches sind Ihre Hobbys und Interessen?  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

22) Wogegen haben Sie besondere Abscheu oder Abneigung?  
.....  
.....  
.....  
.....

23) Angaben zu Ihrer Familie:  
Namen der Eltern                      Geburtsjahr                      Beschäftigung  
Mutter:.....  
Vater:.....  
Namen der Geschwister                      Geburtsjahr                      Beschäftigung  
.....  
.....

- 24) Haben Sie selbst Kinder? nein  ja   
wenn ja:  
Name ..... Geburtsjahr.....  
Name ..... Geburtsjahr.....
- 25) Haben Sie praktische Erfahrung mit Kleinkindern? nein  ja   
Wo und wann?.....  
.....
- 26) Haben Sie Erfahrung im Umgang mit Säuglingen? nein  ja   
Wo und wann?.....  
.....
- 27) Haben Sie Erfahrung mit behinderten Kindern? nein  ja   
Wo und wann und welche Art von Behinderung?.....  
.....  
.....
- 28) Fühlen Sie sich fähig, ein leicht behindertes Kind zu betreuen? nein  ja   
Unter welchen Bedingungen?.....  
.....  
.....
- 29) Wie verhalten Sie sich, wenn Sie mit einem Kind allein sind und es erkrankt plötzlich?  
.....  
.....  
.....
- 30) Wie gestalten Sie den Tagesablauf mit einem Kindergartenkind?  
.....  
.....  
.....  
.....
- 31) Welche Begabungen haben Sie in Malen, Basteln, Schneiden, andere?  
.....  
.....  
.....  
.....  
Können Sie ein Musikinstrument spielen? nein  ja   
Wenn ja, welche?.....
- 32) Charakterliche Selbsteinschätzung:.....  
.....

.....  
.....  
Wie würden Sie Ihren Temperamentstyp bezeichnen (mehrere Angaben in Prozent)

Sanguiniker	ja <input type="checkbox"/>	aber anteilig in.....%
Choleriker	ja <input type="checkbox"/>	aber anteilig in.....%
Phlegmatiker	ja <input type="checkbox"/>	aber anteilig in.....%
Melancholiker	ja <input type="checkbox"/>	aber anteilig in.....%

33) Mögen Sie Tiere? nein  ja

Welche?.....

Haben Sie zu Hause Tiere? nein  ja

Welche?.....

Mit welchen Tieren gehen Sie gern um?.....

Warum?.....  
.....

.....  
Sind Sie bereit, größere Tiere der Familie zu versorgen? nein  ja

34) Welche Tätigkeiten können Sie ausführen?

a) Kindererziehung, Kinderpflege nein  ja

b) Haushaltsarbeiten (Kochen, Waschen, Raumpflege) nein  ja

c) leichte Gartenarbeiten nein  ja

d) Versorgung kleiner Haustiere nein  ja

e) Wenn „nein“, warum „nein“? .....

f) Ihre eigenen Vorschläge:.....  
.....  
.....

35) Gewünschte Gültigkeitsdauer des Vorvertrages

vom.....201\_\_ bis.....201\_\_

36) Gewünschte Verweildauer in Deutschland: 3 Monate nein  ja

6 Monate nein  ja  12 Monate nein  ja

Warum weniger als 12 Monate?.....

37) Spezielle Wünsche betreffs Land, Stadt, Bundesland?  
.....  
.....

38) Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie gesund, moralisch unbescholten und nicht vorbestraft sind.

Ort:.....Datum:.....Unterschrift: