

Vermittlung mit Erlaubnis
der Bundesanstalt für Arbeit

AP-20014 -Bewerbung Au -Pair

AU-PAIR -KONTAKT

Manfred Kirsch
Brandstraße 21
D-04626 Schmölln
DEUTSCHLAND
Tel. 0049 -34491-23400
Mobil 0049-171-3656598

au -pair -kontakt -kirschsln@freenet.de

Bewerbung als Au -Pair www.au -pair -kirsch.de

- 1) Frau/Herr
- 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 je Zeile nur eine Antwort)
- | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| a) in deutsch | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| b) in englisch | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| c) in französisch | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| d) in spanisch | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| e) in italienisch | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| f) in russisch | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| g) andere Sprachen | | | | | | | | | | |
- 15) Religion(wichtig)
- Nehmen Sie regelmäßig an Gottesdiensten teil nein ja
- 16) Körpermaße a) Größe cm b) Gewicht kg
- 17) Haben Sie besondere Essgewohnheiten ? nein ja

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 bis

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