

Anmeldung für Deutschkurse

NUR Für Personen ab 18 Jahre, mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung,

Wohnort Kiel und Umgebung

Datum: ____/____/2021

Name:		
Geburtsdatum:	/ /	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Mann
Herkunftsland:		
Adresse:		
Aufenthaltsstatus:	<input type="checkbox"/> Gestattung <input type="checkbox"/> Duldung anderer: <input type="checkbox"/> _____	
Telefonnummer:		
Email-Adresse:		
Deutschkenntnisse:	muttersprachlich alphabetisiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Alphabetisiert in der lateinischen Schrift: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Sprachkenntnisse (Selbsteinschätzung): <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> fortgeschritten	
	Ich habe bereits einen Kurs auf dem Niveau besucht: <input type="checkbox"/> A0 <input type="checkbox"/> A1.1 <input type="checkbox"/> A1.2 <input type="checkbox"/> A2.1 <input type="checkbox"/> A2.2 <input type="checkbox"/> B1.1	
Technische Ausstattung:	Ich habe schon ein Zertifikat: A1 <input type="checkbox"/> / A2 <input type="checkbox"/> / B1 <input type="checkbox"/>	
	Smartphone <input type="checkbox"/>	Tablet <input type="checkbox"/> Laptop <input type="checkbox"/>
Ziel: ich will Deutsch lernen	für den Alltag <input type="checkbox"/>	für Ausbildung/Arbeit <input type="checkbox"/> für Prüfung <input type="checkbox"/>
Zeitliche Einschränkungen:	<input type="checkbox"/> ich habe immer Zeit <input type="checkbox"/> ich habe Zeit von ____ Uhr bis ____ Uhr	
Schulbildung im Herkunftsland:	____ Jahre	Abschluß: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Studium im Herkunftsland:	<input type="checkbox"/> Ja, _____	Abschluß: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Einwilligungserklärung zur Aufnahme und Verarbeitung meiner Daten:

Ich weiß, dass meine Daten/Angaben zur Anmeldung und Durchführung an einer Bildungsmaßnahme von der ZBBS e.V. aufgenommen werden. Ich willige ein, dass die Daten durch die ZBBS e.V. an die, an der Bildungsmaßnahme Beteiligten weitergegeben werden dürfen. Ich habe diese Erklärung verstanden und willige freiwillig in diese ein. Ich habe jederzeit das Recht meine Einwilligung zu widerrufen.

Kiel, den _____ Unterschrift des/der TN*in _____

Widerrufen am _____, Unterschrift des/der TN*in _____