

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 Ich habe schon ein Zertifikat: A1 <input type="checkbox"/> / A2 <input type="checkbox"/> / B1 <input type="checkbox"/>	
Technische Ausstattung:	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"/> nein <input type="checkbox"/> ja, 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 zuständige Lehrkraft und an den Landesverband der VHSen in SH e.V. 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 _____