

SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ
DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER
IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
Pädagogischer Austauschdienst
Mitglied der Fédération Internationale des Organisations de Correspondances
et d'Echanges Scolaires

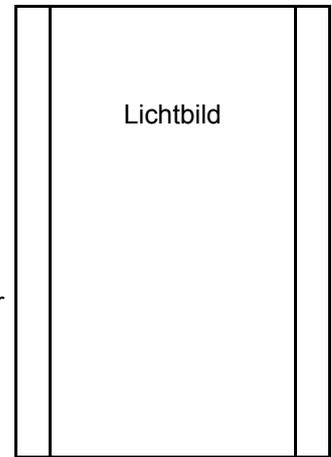
D - 53113 BONN, Lennéstraße 6

Prämienprogramm zur Förderung der Ausbildung ausländischer Schüler in der
deutschen Sprache

Internationales Preisträgerprogramm

PERSONALBOGEN

(Bitte in Druckbuchstaben vollständig ausfüllen und mit Lichtbild versehen)



1. Familienname :
2. Vorname : Junge: Mädchen:
3. Geburtsdatum : Geburtsort :
Tag Monat Jahr
4. Nationalität : Muttersprache :
5. Religion :
Religiöse Speisevorschriften :
Sonstige Speisevorschriften :
6. Raucher: ja nein
7. Anschrift der Eltern:
Straße/Nummer : PLZ/Stadt :
Land/Region : Telefon-Nr. :
Nächster internationaler Flughafen : Fax-Nr. :
e-mail :
8. Beruf des Vaters : Beruf der Mutter :
Geschwister : Brüder:..... Schwestern:.....
9. Anschrift der Schule:
Name :
Straße :
PLZ/Stadt :
Telefon-Nr.:.....
10. Bisherige Deutschlandaufenthalte :
11. Wieviel Jahre Deutschunterricht? Klasse:.....
12. Kenntnisse in der deutschen Sprache:
(laut letztem Schulzeugnis) sehr gut: gut: befriedigend:
13. Weitere Fremdsprachen :
14. In welchem Jahr werden Sie das Abschlussexamen (Abitur, Baccalauréat, final examination) an Ihrer
Schule ablegen? Jahr:
15. Hobbies und besondere Interessen: (bitte detaillierte Angaben, zum Beispiel: klassische Musik, moderne
Literatur, Fußball etc.)

.....
.....
.....
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Einverständniserklärung der Eltern

1. Wir haben vom Inhalt des Merkblattes für Preisträger Kenntnis genommen und sind mit dem Deutschlandaufenthalt unserer Tochter / unseres Sohnes einverstanden
2. Unsere Tochter / unser Sohn darf am Sport während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland teilnehmen
 ja nein
3. Unsere Tochter / unser Sohn darf am Baden während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland teilnehmen
 ja nein

Unsere Tochter / unser Sohn **kann** schwimmen

ja nein

4. Unsere Tochter / unser Sohn

.....

(Name)

ist gegen Wundstarrkrampf geimpft

ja nein

falls ja, bitte Datum der Impfung angeben:

.....

(Datum)

5. Sie/er wird im Falle einer durchgeführten Impfung (Tetanus) eine beglaubigte Übersetzung der ärztlichen Impfbescheinigung nach Deutschland mitnehmen. Falls diese Impfbescheinigung in Englisch oder Französisch ausgestellt sein sollte, entfällt die Übersetzung.
6. Wir sind damit einverstanden, dass sämtliche übertragbaren Rechte an dem Erfahrungsbericht unserer Tochter / unseres Sohnes auf das Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland übergehen.
7. **Wir verpflichten uns, dass unsere Tochter / unser Sohn nach Programmende auf direktem Wege von Deutschland in unser Heimatland zurückkehrt.**
8. Für den Fall einer ärztlichen Behandlung und/oder eines Krankenhausaufenthalts entbinde ich die Behandlungsträger von der Schweigepflicht und gebe mein Einverständnis, dem „DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G.“ die erbetene Auskunft zu erteilen, bzw. meine vollständige Patientenakte incl. sämtlicher Befunde, Berichte und Konsile sowie weiterer Dokumentation zur Verfügung zu stellen.

.....

..

(Ort)
(PAD VE-71-00-05)

(Datum)

(Unterschrift)