**Fragebogen für Auszubildende zum Erasmus+ - Projekt**

Ihr Lichtbild

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus und senden

ihn per Email an [olaf.sieger@bbs-haarentor.de](mailto:olaf.sieger@bbs-haarentor.de).

Zusätzlich geben Sie bitte eine ausgedruckte Version

mit Unterschriften und Stempel des Ausbildungsunternehmens

bei mir ab.

|  |  |
| --- | --- |
| **Persönliche Angaben** | |
| Vorname: |  |
| Nachname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Geburtsort, -land: |  |
| Staatsangehörigkeit: |  |
| Straße: |  |
| PLZ und Ort |  |
| Telefonnummer: |  |
| Mobil: |  |
| E-mail-Adresse:  (ggf. privat und betrieblich) |  |
| **Bankverbindung** | |
| Name des Kreditinstitutes: |  |
| IBAN: |  |
| BIC: |  |
| **Im Notfall zu benachrichtigende Person** | |
| Name: |  |
| Adresse: |  |
| Telefonnummer: |  |
| Mobil: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur Ausbildung & zum Ausbildungsunternehmen** | | |
| Ausbildungsberuf: | |  |
| Ausbildungsbeginn: | |  |
| Ausbildungsende: | |  |
| Schulabschluss: | |  |
| Ausbildungsunternehmen: | |  |
| Straße: | |  |
| PLZ und Ort: | |  |
| Telefonnummer: | |  |
| AnsprechpartnerIn im Betrieb: | |  |
| Telefon (direkte Durchwahl): | |  |
| Email: | |  |
| **Daten zur Berufsschule** | | | |
| Klasse: |  | | |
| Klassenlehrkraft |  | | |
| Berufsschultag(e) |  | | |

**Gesundheitszustand:**

Benötigen Sie regelmäßig ärztliche Behandlung bzw. Medikamente? Liegen chronische

Krankheiten vor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Leiden Sie an Allergien (wenn ja, an welcher/ welchen)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Mobilität

Haben Sie einen Führerschein? Welche Klasse/n ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sonstige fachliche Qualifikationen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# gewünschter Praktikumsbereich

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Motivation und Ziele des Praktikums: Was erwarten Sie von dem Auslandsaufenthalt ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Auslandspraktikum**

|  |  |
| --- | --- |
| Wunschland: |  |
| gewünschte Dauer in Wochen: |  |
| Wunschtermin: |  |

Unterkunft bevorzugt in \_\_\_\_ Gastfamilien \_\_\_\_\_ Wohngemeinschaft \_\_\_\_\_ Ferienwohnung (Möglichkeiten abhängig vom aufnehmenden Land)

Haben Sie bereits ohne die Schule ein aufnehmendes Unternehmen im Ausland gefunden? Nein \_\_\_/ Ja:\_\_\_

Wenn Sie ohne die Schule ein Unternehmen gefunden haben, geben Sie bitte soweit möglich an:

|  |  |
| --- | --- |
| Unternehmen: |  |
| Straße: |  |
| PLZ und Ort: |  |
| Land: |  |
| AnsprechpartnerIn: |  |
| Telefon (direkte Durchwahl): |  |
| Email: |  |

**Erklärungen des Auszubildenden und des Ausbildungsunternehmens   
zur Teilnahme an Erasmus+**

Erklärung:

Ich beabsichtige im Rahmen von Erasmus+ ein Auslandspraktikum zu absolvieren. Mein Ausbildungsbetrieb unterstützt das Vorhaben und wird mich für die Dauer des Auslandsaufenthaltes freistellen, die Ausbildungsvergütung wird während des Auslandspraktikums weitergezahlt.

Sofern für die Vermittlung des Praktikumsplatzes Vermittlungsgebühren anfallen, werden diese im Vorfeld von der Schule aus Erasmus+-Mitteln gezahlt. Sollte ich allerdings mein Praktikum nicht antreten, verpflichte ich mich, diese Vermittlungsgebühr sowie ggf. weitere im Vorfeld von der Schule getragene Kosten (z. B. für Unterkunft, Flughafentransfer etc.) an die Schule zurückzuzahlen.

**Zusatzerklärung Covid-19:** Mir ist bewusst, dass eine Teilnahme an Erasmus+ nur möglich ist, wenn ich geimpft oder genesen bin (2G-Regel). Einen Nachweis dafür werde ich der betreuenden Lehrkraft erbringen.

Mir ist bewusst, dass diese Erklärung noch keinen Anspruch auf Teilnahme an dem Projekt bedeutet.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Auszubildende(r) Ort, Datum

Hiermit bestätigen wir, dass wir die Teilnahme an dem Projekt unterstützen und unsere Auszubildende/ unseren Auszubildenden für den Projektzeitraum unter Weiterzahlung der Ausbildungsvergütung freistellen werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift & Stempel Ausbildungsunternehmen Ort, Datum