



# verpflichtende Anmeldung

für ein Auslandspraktikum im Rahmen des EU-Bildungsprogramms Erasmus+ Mobilitätsmaßnahme für Personen in/nach der beruflichen Erstausbildung  
Projekt-Nr.:

Zielland:

sonstiges Zielland:

---

## Kontaktinformationen

Vorname:

Nachname:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort

Geburtsdatum:

Geburtsort, -land:

Staatsangehörigkeit:

Email-Adresse:

Telefon Privat

Telefon mobil/geschäftlich

## Geplanter Zeitraum des Auslandsaufenthaltes:

von:

bis:

Tage/Wochen/Monate

---

## Bankverbindung:

Bezeichnung der Bank:

Adresse der Bank:

Kontoinhaber:

BIC:

IBAN:

Im Notfall zu benachrichtigende Person/Personen (Name, Adresse, Telefon der Person/Personen)

---

## Berufsqualifikation

Welcher Berufsbildung, fachlichen Qualifikation gehen Sie nach?

Ausbildungsbeginn (Referendar):

Ausbildungsende (Referendar):

Arbeitgeber:

Ausbildungsschule (Referendar):

Straße:

Straße:

PLZ                      Ort

PLZ                      Ort

Ansprechpartner:

Ausbilder/Mentor/Ansprechpartner:

Email-Adresse:

Email-Adresse:

Telefon:

Telefon:

---

## Sprachkenntnisse:

**Muttersprache:**

**1. Fremdsprache:**

**2. Fremdsprache:**

**sonstige:**

Sprachen:

Dauer (Jahre)

**Kenntnisse: 1 = sehr wenig bis 5= sehr gut**

	1	2	3	4	5
Englisch					
2. Fremdsprache					
Sonstige					

**Wo wurden die Sprachkenntnisse erworben (z.B. allgem. Schule, VHS, Ausland)?**

**Wie / wodurch beabsichtigen Sie, Ihre Fremdsprachenkenntnisse bis zur Austauschmaßnahme zu verbessern?**

**Berufsbezogene Fremdsprachenkenntnisse:**

**Bisherige Auslandsaufenthalte mit Dauer:**

---

## **Gesundheitszustand**

Benötigen Sie regelmäßig ärztliche Behandlung bzw. Medikamente? Liegen chronische Krankheiten vor?

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

Wie alt sind Ihre Impfungen gegen Wundstarrkrampf (Tetanus)?

Verfügen Sie über eine Auslands-Krankenversicherung?

Ja            Nein

Ich kümmer mich selbst um eine Auslands-Krankenversicherung:

Ja            Nein

## Mobilität

Haben Sie einen Führerschein?

Ja

Nein

Verfügen Sie über ein eigenes Fahrzeug?

Ja

Nein

Welche Klasse/n?

---

## Fachliche Qualifikationen:

Gewünschter Einsatzbereich:

---

### Versicherungen:

Krankenversicherung

Haftpflichtversicherung

Haft- und Unfallversicherung

Other

**WICHTIG:** Sie benötigen für den Auslandsaufenthalt eine Auslandskranken- sowie eine Haftpflichtversicherung, die im Ausland eintreten.

Außerdem sollten Sie ggf. eine Reiserücktrittsversicherung abschließen, falls Sie aus irgendwelchen Gründen das Praktikum/ den Dienst nicht antreten können.

---

**Mir sind die Bedingungen des Projektes/ des Dienstes bekannt und ich akzeptiere Sie:**

**Ich melde mich für die Teilnahme an dem o.g. Projekt verbindlich an. Im Falle der Stornierung der Reise muss ich gegebenenfalls Aufwendungen erstatten, die dem GFT-Erasmus e.V. für die Vorbereitung und Organisation des Auslandsaufenthaltes entstanden sind.**

Datum/Ort

Unterschrift

---

### Important notes about this training

Contact: [s.meyer@gft-erasmus.de](mailto:s.meyer@gft-erasmus.de)  
**[kontakt@gft-erasmus.de](mailto:kontakt@gft-erasmus.de)**