

Miteinander lachen – Voneinander lernen

Ich möchte mein Kind beim Mentoring-Programm anmelden.

Im folgenden Fragebogen finden Sie einige Fragen zu Ihnen und Ihrem Kind. Wir bitten Sie herzlich, uns diese zu beantworten.

Nachname des Kindes:		Vorname:		Geschlecht: <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	
Geburtsdatum:		Geburtsort:		Nationalität:	
Straße + Hausnr.:			PLZ:	Ort:	
Schule:	Klassenlehrer:	Schulform:	Klassenstufe:	Religionszugehörigkeit:	
Name der Mutter / Sorgeberechtigten:		Geburtsdatum:	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgem.		
Name des Vaters / Sorgeberechtigten:		Geburtsdatum:	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgem.		
Sorgerecht: <input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> Mutter allein <input type="checkbox"/> Vater allein <input type="checkbox"/> Andere _____					
Eltern leben zusammen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Falls nein/Alleinerziehend: Sieht der andere Elternteil das Kind regelmäßig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> nein					
Kind lebt in Haushalt von _____					
Namen aller Personen (außer das oben genannte Kind), die in Ihrem Haushalt leben:				Geburtsdatum:	
_____				_____	
_____				_____	
_____				_____	
_____				_____	
Haben Sie bzw. hat Ihr Kind Haustiere? : <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:					

Miteinander lachen – Voneinander lernen

Bitte geben Sie eine/n Ansprechpartner/in an, die/den wir in Zukunft kontaktieren dürfen. Die nachfolgenden Informationen beziehen sich auf diese Person.

Ansprechpartner/in:		Berufstätig als:	
Telefon:	Handy-Nummer (falls vorhanden):	E-Mail-Adresse (falls vorhanden):	
Dürfen wir Sie am Arbeitsplatz anrufen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Arbeitszeiten:	Telefonnummer am Arbeitsplatz:
Welche Telefon-Nummer darf an den/die Mentor/in weitergegeben werden? <input type="checkbox"/> private <input type="checkbox"/> berufliche <input type="checkbox"/> Handy <input type="checkbox"/> alle			
Sollten Sie in einem Notfall telefonisch nicht erreichbar sein, wer könnte auch benachrichtigt werden? (Verwandte, Nachbarn)			
Name: _____ Telefonnummer: _____			
Wie haben Sie von unserem Programm erfahren? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> Hochschule/Uni <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Medien <input type="checkbox"/> andere Einrichtung <input type="checkbox"/> Infostand <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Freiwilligenbörse <input type="checkbox"/> Sonstiges _____			
Möchten Sie alle zwei Monate unseren Newsletter per E-Mail erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Mir ist bekannt, dass die Entscheidung über die Aufnahme des Kindes in das kostenlose Mentoring-Programm bei Big Brothers Big Sisters Österreich liegt.			
Datenschutzerklärung Hiermit erkläre ich, dass ich die aktuell geltende Datenschutzerklärung von Big Brothers Big Sisters Österreich zur Kenntnis genommen habe und damit einverstanden bin.			
_____	_____	_____	
Ort, Datum	Unterschrift der Mutter bzw. der Sorgeberechtigten	Unterschrift des Vaters bzw. des Sorgeberechtigten	
Unterschreibt ein Elternteil/ein Erziehungsberechtigter allein, erklärt er durch seine Unterschrift, dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil bzw. Erziehungsberechtigten handelt oder dass ihm das alleinige Sorgerecht zusteht.			