

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
PLZ, Wohnort		Straße	
Staatsangehörigkeit		Familienstand	
Telefonnummer		Mobilnummer	
E-Mail-Adresse		Führerschein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein FS-Klasse:

Erreichter Schulabschluss	
Bisherige Berufsausbildung	
Was möchte ich nach dem FSJ machen?	

Erfahrungen in der Kinder- bzw. Jugendverbandsarbeit	
bisheriges ehrenamtliches, soziales Engagement	

Gewünschter Einsatzbereich bzw. Einsatzstelle	<input type="checkbox"/> Verwaltungs-/Büroarbeit <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendzentrum <input type="checkbox"/> Jugendbildungsstätte
	<input type="checkbox"/> Offene Ganztagsbetreuung <input type="checkbox"/> Projektunterstützung <input type="checkbox"/> Krankenhausverwaltung
	<input type="checkbox"/> Krankenhaus Ambulanz <input type="checkbox"/> Krankenhaus Einkauf <input type="checkbox"/> Krankenhaus Pflege
	<input type="checkbox"/> Krankenhaus Technik <input type="checkbox"/>

FSJ-Beginn	<input type="checkbox"/> 01.08. <input type="checkbox"/> 01.09. <input type="checkbox"/> 01.10. <input type="checkbox"/>	FSJ-Dauer	<input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate
------------	--	-----------	--

Einverständniserklärung des/der Erziehungsberechtigten (bei unter 18-Jährigen):
 Ich bin damit einverstanden, dass mein Sohn/ meine Tochter an einem Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) der SJD -Die Falken- teilnimmt.

Ort, Datum	Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
------------	---

Einverständniserklärung:
 Ich bin mit der Speicherung und Bearbeitung der personenbezogenen Daten einverstanden, soweit sie bei der Vermittlung und Vereinbarung einer Einsatzstelle im Rahmen der Teilnahme an einem Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) benötigt werden.

Ort, Datum	Unterschrift des/der volljährigen Bewerbers/Bewerberin oder des/r Erziehungsberechtigten
------------	--

Kurzes Anschreiben, Lebenslauf, Zeugnis als Kopie beifügen!