



## Anmeldeformular Lehrgang Pflegehelfende SRK

Bitte füllen Sie das Formular unbedingt vollständig aus (beide Seiten)!

Jahr	Lehrgang Nr.		
<b>Personalien</b>			
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr (Zutreffendes ankreuzen)			
Name			Vorname
Strasse			PLZ / Ort
Tel. Privat			Mobil
E-Mail			Geb.-Datum
Heimatort			Mutter- sprache
Aufenthaltsbewilligung (bei Migrantinnen/innen):		Zivilstand	
Familie (Kinder, Alter)			

### Warum möchten Sie den Lehrgang Pflegehelfende SRK besuchen?

--

### Erfahrungen im Pflegebereich (z. B. Altersheim, Spitex, Angehörigenpflege)

ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo?
Wann?
Tätigkeitsbereich:    Pflege <input type="checkbox"/> Hausdienst <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>



Schulbildung	wo? / wann?

Berufsausbildung / Weiterbildungen	wo? / wann?

Deutschkenntnisse
Deutschzertifikat ja <input type="checkbox"/> welches? _____ Kopie beilegen (Kursbestätigungen gelten nicht) nein <input type="checkbox"/>
Minimale Voraussetzung für die Einladung zum Deutschtest für den Lehrgang ist das Vorliegen eines Telc B1-Zertifikats (oder gleichwertig).
Verstehen Sie Schweizerdeutsch? ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Arbeiten Sie zurzeit?
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, in welcher Funktion?
Arbeitgeber

Haben Sie gesundheitliche Probleme?
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Sind Sie beim RAV angemeldet?
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Kontaktperson: Name: _____ E-Mail: _____ Tel.: _____

Sind Sie beim Sozialdienst angemeldet?
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Kontaktperson: Name: _____ E-Mail: _____ Tel.: _____

Wer bezahlt die Kosten des Lehrgangs?

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_