

|   |  |
|---|--|
| Ich bewerbe mich für das folgende Ausbildungsangebot: | Gewünschter Beginn:                                    |
| <input type="checkbox"/> Dreimonatige Kurzbibelschule | <input type="checkbox"/> Sechsmonatige Kurzbibelschule |
| <input type="checkbox"/> Einjähriger Kurs             | <input type="checkbox"/> Dreijährige Ausbildung        |

### Persönliche Daten

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| Name:           | Vorname:              |
| Geburtsdatum:   | Geschlecht:           |
| Geburtsort:     | Staatsangehörigkeit:  |
| Schulabschluss: | Beruf/Ausbildung:     |
| Studium:        | Derzeitige Tätigkeit: |

### Adresse

|              |          |
|--------------|----------|
| Straße, Nr.: | Telefon: |
| PLZ/Ort:     | Handy:   |
| Land:        | E-Mail:  |

### Familienstand

|  |                                     |  |  |  |
|--|-------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verlobt <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt |                                     |  |  |  |
| Ehepartner:  | Kinder? Falls ja, Anzahl und Alter: |  |  |  |
| Ist der Ehepartner mit dem Schulbesuch einverstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unsicher                          |                                     |  |  |  |

### Notfalladressen

|  |
|--|
| Welche Angehörigen sollen wir im Falle eines schweren Unglücks oder Notfalls während Deiner Bibelschulzeit benachrichtigen? (Bitte zwei Adressen angeben!) |
|--|

|              |          |
|--------------|----------|
| Name 1:      |          |
| Straße, Nr.: | Telefon: |
| PLZ/Ort:     | Handy:   |
| Land:        | E-Mail:  |

|              |          |
|--------------|----------|
| Name 2:      |          |
| Straße, Nr.: | Telefon: |
| PLZ/Ort:     | Handy:   |
| Land:        | E-Mail:  |

## Gemeinde/Kirche/Geistlicher Hintergrund

|  |      |
|--|------|
| Denomination:  | Ort: |
| Wie steht Deine Gemeinde zu Deinem Entschluss, eine Bibelschule zu besuchen?               |      |
| Erfahrungen in der Gemeindemitarbeit:  |      |
| Erfahrungen durch christliche Einsätze oder Projekte:                                      |      |
| Hast Du bereits an biblisch-theologischen Kursen teilgenommen? Wenn ja, wo und an welchen? |      |

## Referenzen

Bitte nenne uns Namen und Telefonnummern von zwei nicht mit Dir verwandten Personen für eine eventuelle telefonische Referenz!

|         |          |
|---------|----------|
| Name 1: | Telefon: |
| Name 2: | Telefon: |

Bist Du einem Mitarbeiter, Schüler oder Absolventen der Bibelschule Kirchberg persönlich bekannt? Wenn ja, bitte Namen angeben!

|         |         |
|---------|---------|
| Name 1: | Name 2: |
|---------|---------|

## Praktische Fragen

|   |   |
|---|---|
| Wie bist Du auf die BSK aufmerksam geworden?    |   |
| Bis wann musst Du Deine Arbeitsstelle kündigen? | Datum:  |
| Bis wann musst Du Deine Wohnung kündigen?       | Datum:  |
| Wie wirst Du Deine Ausbildung finanzieren?      |   |
| Hast Du Schulden?                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

- Dem Aufnahmeantrag bitte beifügen:**
- Tabellarischer Lebenslauf mit schulischem und beruflichem Werdegang
  - Bericht über Deinen Weg im Glauben
  - Gesundheitsbericht
  - ein aktuelles Passbild digital in \*.jpg Format

**Ich erkläre, dass diese Angaben nach meinem Wissen richtig sind.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Persönliche Daten**

|       |               |
|-------|---------------|
| Name: | Geburtsdatum: |
|-------|---------------|

**1 Allgemeine Konstitution**

|  |                             |                                 |                                       |   |
|--|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| Leidest Du an:   | Kopfschmerzen?              | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Gelegentlich | <input type="checkbox"/> Häufig                           |
|  | Herz-Kreislaufstörungen?    | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Gelegentlich | <input type="checkbox"/> Häufig                           |
|  | Rückenschmerzen?            | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Gelegentlich | <input type="checkbox"/> Häufig                           |
|  | Erkrankung der Wirbelsäule? | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Gelegentlich | <input type="checkbox"/> Häufig                           |
| Liegen bei Dir ansteckende oder chronische Krankheiten vor? Wenn ja, welche?                     |                             |                                 |                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Liegen bei Dir psychische Krankheiten vor? Wenn ja, welche?                                      |                             |                                 |                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bestehen oder bestanden bei Dir Abhängigkeiten (Alkohol, Drogen, Essstörungen)? Wenn ja, welche? |                             |                                 |                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?   |                             |                                 |                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Liegen Allergien o. Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor? Wenn ja, welche?                      |                             |                                 |                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wie schätzt du deine körperliche und psychische Belastbarkeit ein?                               |                             |                                 |                                       |   |
| Liegen Einschränkungen im Sehen, Hören oder der Motorik vor? Wenn ja, welche?                    |                             |                                 |                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

**2. Bemerkungen und Ergänzungen**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift