

## Aufnahme-Antrag - Bibelschule Kirchberg e.V.

Ich bewerbe mich für das folgende Ausbildungsangebot:	Gewünschter Beginn:
Dreimonatige Kurzbibelschule Einjähriger Kurs	Sechsmonatige Kurzbibelschule Dreijährige Ausbildung

### Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
Geburtsort:	Staatsangeh :
Schulabschluss:	Beruf:
Studium:	Derzeit.Tätigk.:

### Adresse

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

### Familienstand

ledig	verlobt	verheiratet	geschieden	getrennt
Ehepartner:		Kinder? Falls ja, Anzahl und Alter:		
Ist der Ehepartner mit dem Schulbesuch einverstanden?		Ja	Nein	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:

# Aufnahme-Antrag - Bibelschule Kirchberg e.V.

## 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?	Ja      Nein

- Dem Aufnahmeantrag bitte beifügen:**
- Tabellarischer Lebenslauf mit schulischem und beruflichem Werdegang
  - Bericht über Deinen Weg im Glauben
  - Gesundheitsbericht
  - Zwei neuere Passbilder

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

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

# Gesundheitsbericht - Bibelschule Kirchberg e.V.

## 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

# Gesundheitsbericht - Bibelschule Kirchberg e.V.

## 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