

Bogen für ehrenamtliche Tätigkeiten

Posteingang

Angaben zur Person:

Name:		Vorname:	
Straße, Hausnummer:		PLZ, Ort	
Geburtsdatum:	Beruf:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:		Handy:	

Ich bin

<input type="checkbox"/> Schüler/in	<input type="checkbox"/> Rentner/in
<input type="checkbox"/> Berufstätige/r	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r
<input type="checkbox"/> Arbeitslose/r	<input type="checkbox"/> Student/in
<input type="checkbox"/> Hausfrau/mann	<input type="checkbox"/> Zivildienstleistender
<input type="checkbox"/> Wehrdienstleistende/r	<input type="checkbox"/> _____

Zeitwünsche: _____ Stunden pro Woche _____ Stunden pro Monat

Ich bin wohnortabhängig: ja nein

Ich war schon ehrenamtlich tätig: ja nein

Ich interessiere mich für

folgende/n Bereiche/n:	folgende Zielgruppe/n:	folgende Art der Tätigkeite/n:
<input type="checkbox"/> Umwelt	<input type="checkbox"/> Rentner/innen	<input type="checkbox"/> Hol- und Bringdienste
<input type="checkbox"/> Soziales	<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> Schreibarbeiten
<input type="checkbox"/> Sport	<input type="checkbox"/> Jugendliche	<input type="checkbox"/> Versandaktionen
<input type="checkbox"/> Kultur	<input type="checkbox"/> Frauen	<input type="checkbox"/> Stände und Basare
<input type="checkbox"/> Kirche	<input type="checkbox"/> Obdachlose	<input type="checkbox"/> Publikationen erstellen
<input type="checkbox"/> Rettungsdienst	<input type="checkbox"/> Ausländer/innen	<input type="checkbox"/> Telefondienst
<input type="checkbox"/> Heimat- und Brauchtum	<input type="checkbox"/> Behinderte	<input type="checkbox"/> Beratungstätigkeit
<input type="checkbox"/> Vereins-/Verbandstätigkeit	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung
<input type="checkbox"/> Internationales	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Büroorganisation
<input type="checkbox"/> Nachbarschaftshilfe	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Aufsichtstätigkeit
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Behördengänge
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Begleitdienste
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben nur zum Zweck der Vermittlung gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift