



# BEWERBUNGSBOGEN AU PAIR



**Bitte alle Fragen leserlich in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen!  
Fragen mit x bitte ankreuzen.**

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

PLZ (Postleitzahl): \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Am besten erreichbar um .....h

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Passnummer: \_\_\_\_\_

ausgestellt am: \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Haben Sie eigene Kinder?  Ja  Nein

Ab wann möchten Sie frühestens als Au-Pair tätig sein? (Datum)

Wann ist der letztmögliche Zeitpunkt meiner Anreise

Mein Aufenthalt soll .....(Monate) dauern

Ihre Deutschkenntnisse sind:

fließend  gut  mittelmäßig  gering  keine

Wie lange haben Sie Deutsch gelernt und wie?

Dauer:  Schule  privat  
 Sonstiger Erwerb

Weitere Sprachkenntnisse: \_\_\_\_\_

Möchten sie in Österreich einen Sprachkurs besuchen?  
 Ja  Nein

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal in Österreich?

Ja  Nein

Beschreiben Sie Ihre Schulbildung und Schulabschluss/Kursbesuche, Beruf (Volksschule, Berufsschule, höhere Schule mit Matura, Studium, Beruf etc.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Gegenwärtige Beschäftigung/Job:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Geschwister? (Name, Alter):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beruf der Eltern:**

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Notfallsnummer:

\_\_\_\_\_

Welche Erfahrung bzw. Tätigkeiten haben Sie in Bezug auf Kinderbetreuung bereits gemacht?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Babys:

Wickeln  Füttern  Waschen  Anziehen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

mit Kindern:

Spielen  Bücher vorlesen  Malen, Zeichnen

Ausflüge machen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie Erfahrungen mit behinderten Kindern?

Ja  Nein

Würden Sie ein behindertes Kind betreuen?

Ja  Nein

Mit welcher Altersgruppe können Sie am besten umgehen?

Babys  1-3 Jahre  3-10 Jahre  egal

---

Sind Sie mit Hausarbeiten vertraut?

Ja  Nein

---

Können Sie Kochen?

Ja  Nein

---

Rauchen Sie?

Ja  Nein

Würden Sie neben den Kindern auch auf das Rauchen verzichten?

Ja  Nein

---

Haben Sie einen gültigen Führerschein?

Ja  Nein

Wenn ja, wie lange: \_\_\_\_\_

Könnten Sie auch im Gastland fahren?

Ja  Nein

---

Mögen Sie Haustiere?

Ja  Nein

Würden Sie Haustiere auch betreuen?

Ja  Nein

---

Leiden Sie an Allergien?

Ja  Nein

Wenn ja, an welchen:

Haben Sie irgendwelche Krankheiten oder Beschwerden?

\_\_\_\_\_

---

Nehmen Sie Medikamente?

\_\_\_\_\_

---

Machen Sie Diäten (zB Vegetarier)

Ja  Nein

---

Können Sie schwimmen?

Ja  Nein

Können Sie Rad fahren?

Ja  Nein

Können Sie Ski fahren?

Ja  Nein

