

17. Internationale Partnerschaftskonferenz
25. Juli - 2. August 2020 in Dessau



Fragebogen – Konferenzteilnehmer

Bitte alle Fragen ausführlich beantworten, damit wir alles gut vorbereiten können. Bitte den Fragebogen möglichst bald im Gemeindebüro abgeben. Letzter Anmeldetermin: 31. Januar 2020

Familiendaten

Gemeinde

Name..... Adresse	Telefon :..... Erste E-Mailadresse (für alle wichtigen Mitteilungen)
----------------------------	---

Person 1

Name Vorname Bekannt als: E-Mail Handynummer Geschlecht M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Geburtsdatum(Tag/Monat/Jahr)..... Vegetarier <input type="checkbox"/> Diätbedarfe Körperbehinderungen Allergien	Sprachkenntnisse:- (Bitte für jede Sprache ankreuzen) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Sprache</th> <th style="width: 25%;">Muttersprache</th> <th style="width: 25%;">Fließend</th> <th style="width: 25%;">Wenig</th> <th style="width: 25%;">Nichts</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tschechisch</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Englisch</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Deutsch</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> Andere Sprache? Ich bin bereit, mit Übersetzung während der Konferenz zu helfen. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn Ja, bitte unten ankreuzen. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%;">Ins (Sprache)</th> <th style="width: 35%;">Von (Sprache)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schriftlich</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gesprochen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Plenum</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gesprochen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Gruppe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Sprache	Muttersprache	Fließend	Wenig	Nichts	Tschechisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ins (Sprache)	Von (Sprache)	Schriftlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Plenum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache	Muttersprache	Fließend	Wenig	Nichts																																			
Tschechisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
	Ins (Sprache)	Von (Sprache)																																					
Schriftlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Gesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
- Plenum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Gesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
- Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					

Bitte wenden für andere Familienmitglieder

Person 2

Name

Vorname

E-Mail

Handynummer

Geschlecht

M

W

Geburtsdatum(Tag/Monat/Jahr).....

Vegetarier

Diätbedarfe

.....

Körperbehinderungen

.....

Allergien

.....

Sprachkenntnisse:- (Bitte für jede Sprache ankreuzen)

Sprache	Muttersprache	Fließend	Wenig	Nichts
Tschechisch				
Englisch				
Deutsch				

Andere Sprache?

.....

Ich bin bereit, mit Übersetzung während
der Konferenz zu helfen. Ja Nein

Wenn Ja, bitte unten ankreuzen.

	Ins (Sprache)	Von (Sprache)
Schriftlich		
Gesprochen		
- Plenum		
Gesprochen		
- Gruppe		

Person 3

Name

Vorname

E-Mail

Handynummer

Geschlecht

M

W

Geburtsdatum(Tag/Monat/Jahr).....

Vegetarier

Diätbedarfe

.....

Körperbehinderungen

.....

Allergien

.....

Sprachkenntnisse:- (Bitte für jede Sprache ankreuzen)

Sprache	Muttersprache	Fließend	Wenig	Nichts
Tschechisch				
Englisch				
Deutsch				

Andere Sprache?

.....

Ich bin bereit, mit Übersetzung während
der Konferenz zu helfen. Ja Nein

Wenn Ja, bitte unten ankreuzen.

	Ins (Sprache)	Von (Sprache)
Schriftlich		
Gesprochen		
- Plenum		
Gesprochen		
- Gruppe		