

Anmeldung zur Teilnahme bei Deutsch zu zweit in Olten

Wir freuen uns über Ihr Interesse am Projekt „Deutsch zu zweit“.
Mit diesen Angaben suchen wir für Sie ein passendes Gegenüber.
Ihre persönlichen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Persönliche Angaben

Name				
Vorname				
Geschlecht (m/w/d)				
Strasse/Nr.				
PLZ/Ort				
Geburtsdatum				
Telefon/Handy				
E-Mail				
Nationalität / Aufenthaltsstatus				
Sprachen				
Beruf				
Hier wünsche ich Unterstützung / das möchte ich lernen:	<input type="checkbox"/> Deutsch verbessern	<input type="checkbox"/> neue Kochrezepte lernen	<input type="checkbox"/> Hilfe bei leichten Gartenarbeiten	<input type="checkbox"/> Hilfe beim Einkaufen
	<input type="checkbox"/> Handwerken (Textil, Holz, usw.)	<input type="checkbox"/> eine neue Sprache lernen (Sprache der anderen Person)	<input type="checkbox"/> gemeinsame Spaziergänge	<input type="checkbox"/> anderes:
Das kann ich bieten / das mache ich gerne:	<input type="checkbox"/> „perfekt“ Deutsch	<input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> Hilfe beim Einkaufen
	<input type="checkbox"/> Handwerken (Textil, Holz, usw.)	<input type="checkbox"/> meine Sprache/Kultur der anderen Person näherbringen	<input type="checkbox"/> Spazieren	<input type="checkbox"/> anderes:
Sprachkenntnisse in Deutsch (für Fremdsprachige)	<input type="checkbox"/> A1/Anfang	<input type="checkbox"/> A2/Wenig	<input type="checkbox"/> B1/Gut	<input type="checkbox"/> B2/Sehr gut
Einsatz mit:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> egal	



Verfügbarkeit (bitte ankreuzen)

Montag	<input type="checkbox"/> Vormittag	<input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> Abend
Dienstag	<input type="checkbox"/> Vormittag	<input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> Abend
Mittwoch	<input type="checkbox"/> Vormittag	<input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> Abend
Donnerstag	<input type="checkbox"/> Vormittag	<input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> Abend
Freitag	<input type="checkbox"/> Vormittag	<input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> Abend
Samstag	<input type="checkbox"/> Vormittag	<input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> Abend
Sonntag	<input type="checkbox"/> Vormittag	<input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> Abend

Bemerkungen

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Mail oder Post an:

Schweizerisches Rotes Kreuz Kanton Solothurn
Abteilung Integration, Baslerstrasse 44, 4600 Olten
integration@srk-solothurn.ch