

KONTAKTAUFNAHME ZUR AUSBILDUNG BOXPÄDAGOGE (BOXPÄD)

Ausbildungsträger: KOP-Training, Louis Krauskopf, Postfach 1119, 57234 Wilnsdorf

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

2. BERUFLICHER HINTERGRUND

Aktuelle berufliche Tätigkeit:

Arbeitgeber / Einrichtung (optional):

Berufsausbildung / Studium:

Erfahrung in folgenden Bereichen (Mehrfachauswahl möglich):

☐ Jugendhilfe

☐ Schule / Pädagogik

☐ Sozialarbeit / Beratung

KOP-Training – Louis Krauskopf

www.koptraining.de

E-Mail: kontakt@koptraining.de / Telefon: +49 1556 33 66 44 2

- ☐ Kampfsport / Boxen
- ☐ Coaching / Training
- ☐ Arbeit mit Jugendlichen
- ☐ Sonstiges: _____

3. ERFAHRUNG MIT JUGENDLICHEN

Haben Sie bereits Erfahrung in der Arbeit mit Jugendlichen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welchem Kontext? (z.B. Jugendhilfe, Schule, Verein, Training)

4. MOTIVATION ZUR TEILNAHME

Warum möchten Sie die Ausbildung zum Boxpädagogen absolvieren?

In welchem Arbeitsfeld möchten Sie die Inhalte später einsetzen?

Welche Erwartungen haben Sie an die Ausbildung?

KOP-Training – Louis Krauskopf

www.koptraining.de

E-Mail: kontakt@koptraining.de / Telefon: +49 1556 33 66 44 2

5. ZIELGRUPPE DER EIGENEN ARBEIT

Mit welchen Jugendlichen arbeiten Sie hauptsächlich oder möchten zukünftig arbeiten?
(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ aggressive Jugendliche
- ☐ Jugendliche mit ADHS
- ☐ sozial benachteiligte Jugendliche
- ☐ Jugendliche im Schulkontext
- ☐ Jugendliche im Jugendhilfekontext
- ☐ Sonstiges: _____

6. TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- ☐ Die Angaben in diesem Formular sind vollständig und korrekt.
- ☐ Ich nehme eigenverantwortlich an der Ausbildung teil.
- ☐ Das Gespräch dient nur dem kennenlernen und stellt keine verbindliche Anmeldung noch einen Anspruch auf einen Platz in der Ausbildung dar

7. EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN (DSGVO)

Im Rahmen der Kontaktaufnahme der Ausbildung werden personenbezogene Daten erhoben und verarbeitet. Dazu gehören insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse sowie Angaben zum beruflichen Hintergrund. Diese Daten werden ausschließlich zur Organisation und Einschätzung zur Teilnahme an der Ausbildung, zur Teilnehmerverwaltung, zur Kommunikation im Zusammenhang mit der Ausbildung verwendet.

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht, sofern keine gesetzliche Verpflichtung dazu besteht. Die Daten werden nur so lange gespeichert, wie dies für die Durchführung der Ausbildung und gesetzliche Aufbewahrungspflichten erforderlich ist.

Teilnehmer haben jederzeit das Recht auf Auskunft über gespeicherte Daten, Berichtigung falscher Daten sowie – soweit rechtlich möglich – Löschung der Daten.

KOP-Training – Louis Krauskopf

www.koptraining.de

E-Mail: kontakt@koptraining.de / Telefon: +49 1556 33 66 44 2

Hiermit erkläre ich mich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im oben beschriebenen Umfang einverstanden.

EINWILLIGUNG ZUM RÜCKRUF

Mit meiner Anmeldung erkläre ich mich damit einverstanden, im Rahmen des Anmeldeprozesses telefonisch kontaktiert zu werden, um ein kurzes Kennenlerngespräch zu führen und offene Fragen zur Ausbildung zu besprechen.

Ort / Datum: _____

Name Teilnehmer: _____

Unterschrift Teilnehmer: _____