

## Persönliche Angaben

Name (laut Reisepass)	Vorname(n) (laut Reisepass)	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.
Geburtsdatum	Geburtsland	
Nationalität(en)	Muttersprache(n)	
Reisepass-Nummer	Gültig bis	
Straße		
Postleitzahl	Ort	Land
Privattelefon	Mobiltelefon	Tel. Geschäft
Fax	E-Mail (für Unterlagenversand + Kommunikation)	
Ungefähre Sprachstufe (z. B. in Schuljahren)	Beruf/gegenwärtige Ausbildung	
Kontaktperson und Telefonnummer für Notfälle während Ihres Aufenthaltes		
Bei Minderjährigen Name, Adresse und Tel.-Nr. der/des Erziehungsberechtigten		

## Wodurch haben Sie von Kaplan erfahren?

Schule  Universität  Freunde  Familie  Facebook  Internet Google  Internet Sonstiges  Anzeige  Messe  Arbeitsamt/BIZ  
 Sonstiges:  geworben durch:

## Schule und Kursart (bitte wählen Sie Ihr gewünschtes Kursprogramm auf der entsprechenden Kursortseite aus)

Kursart*	Anzahl Lektionen pro Woche
Kursbeginn	Anzahl Wochen

Schule / Kursort

\*Bitte überprüfen Sie auf den Schulseiten, dass der von Ihnen gewählte Kurs an der gewählten Schule angeboten wird.

## Praktika, Work & Study oder Universitätsvermittlung

Ich möchte zusätzlich folgende Programmoptionen buchen  Praktikum (Wochen: )  OPUS-Programm Work & Study  Universitätsvermittlung

## Unterkunft

Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_ (bei allen Kaplan-Schulen nur von Samstag vor Kursbeginn bis Samstag nach Kursende. Ausnahme bei Partnerschulen möglich)

Gesundheitliche Einschränkungen (z. B. Allergien, spezielle Ernährung, keine Hunde/Katzen, sonstiges)?  Ja  Nein

Falls ja, bitte genauer erläutern \_\_\_\_\_ Rauchen Sie?  Ja  Nein

### 1. Wahl (bitte geben Sie Ihre bevorzugte Unterkunftswahl hier an)

Zimmertyp  Einzelzimmer  Doppelzimmer  Dreier-/Vierer-/Multizimmer

Unterkunftsart  Privatunterkunft  Appartement  Residenz  Hostel/Hotel

Name der Unterkunft (wenn bekannt) \_\_\_\_\_ Mahlzeiten pro Woche (falls unterschiedliche Optionen angeboten werden)

Zuschläge Privatunterkunft (wo angeboten)  Zuschlag "mit eigenem Bad"  Zuschlag "näher an der Schule" London Zonen:  1-2  3-4 Dublin Zone:  1  2

### 2. Wahl (falls 1. Wahl nicht verfügbar)

Zimmertyp  Einzelzimmer  Doppelzimmer  Dreier-/Vierer-/Multizimmer

Unterkunftsart  Privatunterkunft  Appartement  Residenz  Hostel/Hotel

Name der Unterkunft (wenn bekannt) \_\_\_\_\_ Mahlzeiten pro Woche (falls unterschiedliche Optionen angeboten werden)

Zuschläge Privatunterkunft (wo angeboten)  Zuschlag "mit eigenem Bad"  Zuschlag "näher an der Schule" London Zonen:  1-2  3-4 Dublin Zone:  1  2

## Zusätzliche, optionale Leistungen

Möchten Sie eine Krankenversicherung abschließen?  Ja  Nein (falls NEIN, müssen Sie Ihre eigene Versicherung haben)

Möchten Sie eine Reise-Rücktrittsversicherung abschließen?  Ja  Nein

Möchten Sie einen Flughafentransfer über uns buchen?  Ja (bei Ankunft)  Nein (bei Ankunft)  Ja (bei Abflug)  Nein (bei Abflug)

Möchten Sie ein Flugangebot von unserem Reisepartner?  Ja  Nein

Gewünschtes Abflugsdatum \_\_\_\_\_ Abflughafen \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen \_\_\_\_\_

Unterschrift des Reisenden

Ort/Datum

Unterschrift der Eltern / gesetzlicher Vertreter (für Minderjährige)

Ort/Datum

Ich bestätige hiermit die Reisebedingungen gelesen zu haben und erkläre mich damit einverstanden.

Bitte senden Sie dieses Anmeldeformular per Post, per Fax oder per E-Mail an:

Aspect Internationale Sprachschule GmbH  
 Kaiser-Friedrich-Ring 49, D-65185 Wiesbaden  
 E-Mail: info.deutschland@kaplaninternational.com  
 Fax: + 49 (0) 611/890 85 85