

Kaplan-Anmeldeformular

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 Internet Google Internet Sonstiges Anzeige Messe Arbeitsamt/BIZ Sonstiges:

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 Kursbeginn. Ausnahme bei Partnerschulen möglich)	
Gesundheitliche Einschränkungen (z. B. Allergien, spezielle Ernährung, keine Hunde/Katzen, sonstiges)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, bitte genauer erläutern		Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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

Zimmertyp	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Dreier-/Vierer-/Multizimmer
Unterkunftsart	<input type="checkbox"/> Privatunterkunft	<input type="checkbox"/> Appartement	<input type="checkbox"/> Residenz <input type="checkbox"/> Hostel/Hotel
Name der Unterkunft (wenn bekannt)	Mahlzeiten pro Woche (falls unterschiedliche Optionen angeboten werden)		
Zuschläge Privatunterkunft (wo angeboten)	<input type="checkbox"/> Zuschlag "mit eigenem Bad"	<input type="checkbox"/> Zuschlag "näher an der Schule"	London Zonen: <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 Dublin Zone: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

2. Wahl (falls 1. Wahl nicht verfügbar)

Zimmertyp	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Dreier-/Vierer-/Multizimmer
Unterkunftsart	<input type="checkbox"/> Privatunterkunft	<input type="checkbox"/> Appartement	<input type="checkbox"/> Residenz <input type="checkbox"/> Hostel/Hotel
Name der Unterkunft (wenn bekannt)	Mahlzeiten pro Woche (falls unterschiedliche Optionen angeboten werden)		
Zuschläge Privatunterkunft (wo angeboten)	<input type="checkbox"/> Zuschlag "mit eigenem Bad"	<input type="checkbox"/> Zuschlag "näher an der Schule"	London Zonen: <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 Dublin Zone: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

Zusätzliche, optionale Leistungen

Möchten Sie eine Krankenversicherung abschließen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (falls NEIN, müssen Sie Ihre eigene Versicherung haben)		
Möchten Sie eine Reise-Rücktrittsversicherung abschließen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Möchten Sie einen Flughafentransfer über uns buchen?	<input type="checkbox"/> Ja (bei Ankunft)	<input type="checkbox"/> Nein (bei Ankunft)	<input type="checkbox"/> Ja (bei Abflug)	<input type="checkbox"/> Nein (bei Abflug)
Möchten Sie ein Flugangebot von unserem Reisepartner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Gewünschtes Abflugdatum	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@kaplanaspect.com
Fax: + 49 (0) 611/890 85 85