

## Meldeformular für interessierte Referentinnen und Referenten

### Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Mobile / Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Fachliche Ausbildung

Schule / Institution	Berufsausbildung / Fachstudium / Studium	von	bis	Abschluss
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### Pädagogische Ausbildung

Institution	Studium / Seminar / Kurs	von	bis	Abschluss
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### Praktische Erfahrung

Institution / Firma	Studium / Seminar / Kurs	von	bis	Abschluss
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Unterrichtserfahrung**

Schule / Institution / Firma	Fachbereiche	von	bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Weiterbildung**

Schule / Institution / Firma	Kurs / Seminar	Dauer	Jahr
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Referenzen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gewünschter Einsatzbereich (Bildungsgang, Fach)**

\_\_\_\_\_

**Verfügbarkeit**

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular an:

Erwachsenenbildungszentrum Olten  
Aarauerstrasse 30  
4601 Olten

oder per E-Mail an: [ebz.oltten@dbk.so.ch](mailto:ebz.oltten@dbk.so.ch)