



1. PERSONALIEN

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
Ort, PLZ: _____
Geburtsdatum: _____
AHV – Nummer: _____
Telefon: P _____
G _____
Mobile _____
E-Mail: _____
Zivilstand: _____
Anzahl Kinder (mit Alter): _____
Beruf: _____
weitere Ausbildungen: _____
Arbeitgeber: _____ seit: _____
Arbeitsort: _____ seit: _____
Einteilung Militär/ ZS: _____

2. ANFORDERUNGEN

1. **Sind Sie bereit, pro Jahr mindestens 7 Ausbildungsübungen à 2 ½ Stunden zu bestreiten?**
 ja nein
2. **Sind Sie bereit, sich an zusätzlichen Anlässen zu engagieren?**
 ja nein
3. **Sind Sie bereit, zur Ausbildung wichtige Kurse zu besuchen (ca. 2 Tage pro Jahr)?**
 ja nein
4. **Sind Sie bereit, Atemschutzdienst zu leisten (zusätzlich ca. 6 Übungen pro Jahr)?**
 ja nein

5. Sind Sie noch in anderen Vereinen/ Organisationen engagiert?

.....

6. Ist Ihre Familie mit dieser zeitlichen Belastung einverstanden?

ja nein

7. Ist Ihr Arbeitgeber bereit, Sie für Kurse und Einsätze freizustellen (Abklärungen getroffen)?

ja nein

8. Ist es Ihnen möglich, den Arbeitsplatz im Einsatzfall jederzeit und sofort zu verlassen?

ja nein bedingt zu%

9. Wie sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz erreichbar (ohne Ferien, Militär usw.)?

weniger als 50% mehr als 50% mehr als 80%

10. Sie arbeiten in Kriens: Bleibt Ihr Arbeitsplatz langfristig in Kriens?

ja nein

11. Sie arbeiten nicht in Kriens: Haben Sie die Absicht, nächstens Ihren Arbeitsplatz nach Kriens zu verlegen?

ja nein

12. Bleiben Sie, nach der heutigen Situation beurteilt, längere Zeit in Kriens wohnhaft?

ja nein

13. Haben Sie irgendwelche, für den Feuerwehrdienst relevante Leiden (Schwindel, Nachtblindheit, usw.)?

ja welche: nein

14. Welche Spezialausbildung in der Feuerwehr würde Sie interessieren?

(Mehrfachnennungen bitte nach Prioritäten (1./2./...) aufführen)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atemschutz | <input type="checkbox"/> Elektrodienst (nur Fachleute) |
| <input type="checkbox"/> Motorspritze | <input type="checkbox"/> Verkehrsdienst |
| <input type="checkbox"/> Anhängeleiter | |

15. Sind Sie später an Zusatzausbildungen interessiert? (Mehrfachnennungen möglich)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sanität | <input type="checkbox"/> Alarmgruppe Elementarereignisse |
| <input type="checkbox"/> Fahrer/ Maschinist | <input type="checkbox"/> Verkehrsdienst |
| <input type="checkbox"/> Alarmgruppe Öl/ Wasser | |

16. Haben Sie schon in einer Orts- oder Betriebsfeuerwehr Dienst geleistet?

ja: FW..... nein
von/ bis

Ort und Datum:

Unterschrift

.....

.....