**JELENTKEZÉSI LAP**

**BEJÖVŐ HALLGATÓI MOBILITÁS**

|  |
| --- |
| **Milyen programmal érkezik? *(Kérjük jelölje ‚X‘-el.)*** |
| Erasmus+ |  |
| CEEPUS |  |
| Makovecz Program |  |
| Egyéb (pl. bilaterális egyetemi hálózat) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tervezett mobilitási tanév** |  |
| **Tervezett szemeszter *(Kérjük jelölje ‘X‘-el a megfelelőt)*** |
| **Szemeszter 1 (ősz)** |  | **Szemeszter 2 (tavasz)** |  |

**TANULMÁNYOK**

|  |  |
| --- | --- |
| Küldő egyetem |  |
| Tanulmányterület (pl.: tanító, óvó) |  |
| Tanulmányi szint (pl.: bachelor, mester, PhD) |  |

**A HALLGATÓ SZEMÉLYES ADATAI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vezetéknév: |  | Keresztnév: |  |
| Születési hely (ország és város): |  | Születési idő (év/hónap/nap): | \_ \_ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ |
| Anyja születési neve (vezetéknév): |  | Anyja születési neve (keresztnév): |  |
| Nemzetiség: |  | Nem: | Férfi Nő |
| Anyanyelve: |  |
| Egyéb nyelvi ismeretek és annak szintje: |  |
| **Azonosításra szolgáló dokumentum** *(kérjük csak egyet válasszon, és adja meg a lejárati dátumát is):* |
| Személyi igazolványszám: |  | Lejárati dátum (év/hónap/nap): |  |
| Útlevélszám: |  |  |

**A HALLGATÓ ELÉRHETŐSÉGEI**

|  |  |
| --- | --- |
| Email cím: |  |
| Mobil telefonszám: |  |
| Állandó lakcím *(város, irányítószám, közterület)* |  |
| Levelezési cím *(város, irányítószám, közterület)* |  |

**VÉSZHELYZET ESETÉN**

|  |
| --- |
| **Fogyatékossággal élő vagy van olyan betegsége amiről tudnunk kell?** |
| Igen |  |
| Nem |  |
| Amennyiben igen, kérjük fejtse ki:  |

|  |
| --- |
| **Vészhelyzet esetén értesítendő** |
| Név |  |
| Cím |  |
| Telefon |  |
| Email |  |

**BUDDY RENDSZER**

|  |
| --- |
| **Szeretne buddy/mentor hallgatót a tanulmányai alatt?** |
| Igen |  |
| Nem |  |

**ELŐZETES KURZUSVÁLASZTÁS**

**Kérjük jelezze az alábbi táblázatban, hogy milyen tárgyakat szeretne a szemeszter alatt hallgatni *(nyugodtan adjon hozzá több sort is).*** Erre azért van szükség, hogy minél kevesebb változás legyen a *Learning Agreement* elkészítése után.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KÓD** | **KURZUS NEVE** | **SZEMESZTER** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Amennyiben a félév során szeretne gyakorlatot teljesíteni nálunk, úgy azt jelezze az alábbi táblázatban** |
| Igen\* |  |
| Nem |  |
| **Ha igen, milyen gyakorlatot és mik az otthoni követelmények annak teljesítésére?** *(Kérjük ezt egyeztesse a küldő egyetemének koordinátorával/gyakorlatért felelős oktatójával).* |

**\****Felhívjuk hallgatóink figyelmét, hogy Magyarországon a gyakorlat teljesítéséhez egészségügyi vizsgálatokra van szükség, melyet az iskola/óvoda előírása alapján a mobilitáson részt vevő hallgatóknak is teljesíteni kell.*

|  |
| --- |
|  |
| A hallgató aláírása |
| Dátum: |