



BOBATH-Kurszentrum

Anmeldeformular zur Teilnahme am Bobath-Refresher in

BOBATH-Kurszentrum

Kontakt:

K.I.d.s.S. e.V.
Karl-Liebknecht Straße33
10178 Berlin
Telefon: 030 63371758
info@kidss-ev.de; Studiensekretariat.berlin@web.de
www.kidss-ev.de

Der nächste Kurs 2017 findet wie folgt statt:

18.05.-22.05.2017

Möchten sie sich vormerken lassen? **ja** **nein**

Bewerberdatum:

Falls Sie am Kurs 2017 nicht teilnehmen können, möchten Sie im darauf folgendem Jahr erneut angeschrieben werden? **ja** **nein**

Kosten 580 €

Angaben für die Datenerfassung

1. Name: Vorname:

2. Geburtsdatum: Abschlussjahr:

3. (Korrespondenz-) Anschrift:

PLZ: Ort:

Straße:

Bundesland:

4. Telefon (dienstlich): Fax:

e-Mail:

5. Beruf:

6. Anschrift des Arbeitgebers:

Bezeichnung:

PLZ: Ort:

Straße:

Bundesland:

7. Arbeitsbereich(e) (Mehrfachnennungen möglich):

- Frühförderstelle (Sonder-) Tagesstätte (Sonder-) Schule
 Werkstatt für Behinderte Praxis
 Andere:

08. Therapeutische Arbeit mit Kindern:

- Angestellt Freiberuflich
 Vollzeit Teilzeit Stundenweise

09. Erfahrung in der Arbeit mit Kindern mit Cerebralparese:

Wo:

Wie lange:

Wie viele Stunden in der Woche:

10. Wann haben sie Ihren Abschluss als Bobath Therapeut/in gemacht:
(bitte Zertifikat beifügen)

Ort

Datum

Unterschrift

Bitte fügen Sie bei:

- Aktuellen Lebenslauf
- Bobath Zertifikat