

Anmeldung

Tel/Fax. 05451-15461

„doppelpunkt“
Fortbildungsinstitut für Sprachheilpädagogik
der dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
c/o Birgit Westenhoff
Poststraße 61
49477 Ibbenbüren



Fortbildungsinstitut für Sprachheilpädagogik

Name/Vorname.....		Berufsgruppe:.....	
Straße:.....		PLZ/Ort:.....	
Tel.:.....		Fax:.....	
Tel.:.....		E-mail:.....	
Tätigkeitsbereich:			
Frühförderung	sozialpäd. Zentrum	Heilpädagogischer Kindergarten	Förderschule
Regelschule	Sp-Ambulanz	Praxis	Klinik
Studium	Lehrtätigkeit	anderes:.....	Ich bin Student/in/LAA (Beleg ist beigelegt)
Mitglied der dgs-Landesgruppe.....		Mitglied Nr.....	
Mitgliedschaft in der dgs besteht nicht		dgs-Aufnahmeantrag ist beigelegt	
Mitglied der <i>dfs</i> -LG.....		Mitglied im Berufsverband	
		BKL	DBKS
		vpl	

	<i>Hiermit melde ich mich zur Teilnahme an folgender/folgenden Veranstaltung(en) an:</i> [gewünschte Veranstaltung(en) bitte ankreuzen]
<input type="checkbox"/>	Diagnostik und Therapie kindlicher Aussprachestörungen
<input type="checkbox"/>	Suppenlöffel und Sonogramm – Stimpädagogische Spielzeuge in funktionaler Stimmarbeit
<input type="checkbox"/>	Dimensionen sprachheilpädagogischer Intervention im sprachtherapeutischen Unterricht...
<input type="checkbox"/>	Die Verbale Entwicklungsdyspraxie und KoArt
<input type="checkbox"/>	Fachkompetente Kooperation bei Mehrsprachigkeit und Interkulturalität
<input type="checkbox"/>	Grammatische Therapie im Vorschulalter
<input type="checkbox"/>	MFT mach Spaß!
<input type="checkbox"/>	Logopädie bei Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/>	Einführung in das Konzept und die Diagnostik von Barbara Zollinger
<input type="checkbox"/>	Kommunikationsanbahnung bei ASS (Autismusspektrumstörung)
<input type="checkbox"/>	Aufbaukurs: Neurogen bedingte Schluckstörungen
<input type="checkbox"/>	Sprachförderung mit Kern- und Randvokabular für Kinder mit komplexen Kommunikationsstörungen...
<input type="checkbox"/>	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS)
<input type="checkbox"/>	Die Orofaziale Regulationstherapie - Informationsseminar
<input type="checkbox"/>	TAKTKIN® Ausbildungskurs – Kinder
<input type="checkbox"/>	Mini-KIDS: direkte Therapie mit stotternden Kindern

Mit der Weitergabe meiner Adresse/Telefonnummer an weitere Teilnehmer/innen der von mir gebuchten Veranstaltung(en) im Rahmen einer Teilnehmerliste bin ich einverstanden. Bitte senden Sie mir nach Ablauf der jeweiligen Anmeldefrist eine solche Liste zu.

Ich werde die fällige Teilnahmegebühr innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt meiner Anmeldebenachrichtigung/Rechnung auf das Konto von „doppelpunkt“ überweisen. Damit wird meine Anmeldung verbindlich.

.....Verrechnungsscheck(s) in Höhe von€ +€ +€ ist/sind beigelegt.

Von den Informationen unter der Rubrik „Organisatorisches“, insbesondere den Rücktritts- und Haftungsbedingungen habe ich Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten ausschließlich zu Zwecken der Veranstaltungsorganisation elektronisch gespeichert werden.

Ort/Datum

Unterschrift