**Anmeldung zur persönlichen Qualifizierungsmaßnahme “Pädagogische Audiologie”**

des Berufsverbandes Deutscher Hörgeschädigtenpädagogen und der Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter der Bildungseinrichtungen für Gehörlose und Schwerhörige

**Angaben zur Person**

(Bitte tragen Sie Ihre Angaben in die grau unterlegten Textfelder ein versenden dann das unterschriebene Anmeldeformular an folgende Adresse:

**Frau Michaela Halabut-Riese, Qualifizierung Pädagogische Audiologie, Hander Weg 95, 52072 Aachen**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | |
| Vorname |  | |
| Straße, Haus-Nr. |  |  |
| PLZ, Ort |  |  |
| Telefon |  | |
| E-Mail |  | |
| Geburtsdatum |  | |
|  |  | |
| BDH-Mitglied | Ja  Nein  Landesverband: | |
| BDH-Arbeitskreis | AK-Nord  AK-Süd | |
| Ihr Studienabschluss |  | |
| Ihr(e) Fachrichtungen |  | |
| Ihr(e) Beruf / Tätigkeit |  | |
| Name Ihrer Einrichtung / Schule |  | |
| Straße |  | |
| PLZ, Ort |  | |

Hiermit melde ich mich für die „Qualifizierung Pädagogische Audiologie“ verbindlich an.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ort, Datum** |  | **Unterschrift** |
|  |  |  |
| **Ort, Datum** |  | **Unterschrift Schulleitung** |