**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 [ ]  NeinLandesverband:  |
| 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** |