AUTISMUS VERSTEHEN

Anmeldung zu einem Fortbildungsseminar

Bitte per Post zurücksenden oder als
Fax an 07129 922747

Autismus verstehen e.V.
Im Brett 2

72805 Lichtenstein

Ich melde mich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

Thema: _____

Termin: _____ Kurs Nr. _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

E-Mail: _____ Tel.- Nr. _____

Die Seminargebühr überweise ich auf das Konto des Vereins Autismus verstehen e.V.:
IBAN: DE72 6409 0100 0385 6070 08 BIC: VBRTDE6R (Volksbank Reutlingen)
Die Anmeldung ist erst gültig nach Eingang der Seminargebühr.

Ich erkenne die allgemeinen Geschäftsbedingungen an.

Datum: _____ Unterschrift _____

Freiwillige Angaben:

- Sind sie angehörig? ja ☐ nein ☐
- Haben Sie selbst eine Diagnose aus dem Autismus-Spektrum (z.B. Asperger-Syndrom) oder besteht ein Verdacht? ja ☐ nein ☐
- Arbeiten Sie beruflich mit autistischen Menschen? ja ☐ nein ☐

  Wenn ja, in welcher Funktion und Einrichtung? _____

  Welches Alter haben die autistischen Menschen, mit denen Sie arbeiten? _____
- Welche Diagnose aus dem Autismus-Spektrum liegt vor?

  Asperger-Syndrom: ☐ Atypischer Autismus: ☐ Frühkindlicher Autismus: ☐
- Welche Erwartungen/Fragen haben Sie an das Seminar?