

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
Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.

Vorname/Name:		Berufsgruppe:
Straße:		PLZ/Ort:
Tel.:	Fax.	E-Mail:
<input type="checkbox"/> Mitglied der dgs-Landesgruppe:		Mitgliedsnummer:
<input type="checkbox"/> ich bin Studierende(r) / LAA (Beleg ist beigelegt)		<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft in der dgs besteht nicht
Tätigkeitsbereich:		<input type="checkbox"/> dgs-Aufnahmeantrag ist beigelegt
<input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> sozialpäd. Zentrum <input type="checkbox"/> heilp./inklusive Kindergarten <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Regelschule/GL <input type="checkbox"/> Sp-Ambulanz <input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> berufsbildende Lehre <input type="checkbox"/> anderes		

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme an folgender/folgenden Veranstaltung(en) an:
(gewünschte Veranstaltung(en) bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Praxis der SEV-Therapie - basierend auf der Sensorischen Integration
<input type="checkbox"/>	Praxisseminar zur Therapie grammatischer Störungen - Therapieableitung und Fallbeispiele
<input type="checkbox"/>	Lautsprachunterstützende Gebärden in der Kommunikationsförderung [...]
<input type="checkbox"/>	DortMuT- Dortmunder Mutismustherapie für Kinder und Jugendliche
<input type="checkbox"/>	Sprachheilpädagogischer Tag <input type="checkbox"/> Mitgliederversammlung dgs WL <input type="checkbox"/> Vortrag
<input type="checkbox"/>	Gemeinsam in der Therapiestunde? Ideen zur effektiven Arbeit mit Eltern in der Therapie
<input type="checkbox"/>	Sprachsensibler Mathematikunterricht [...]
<input type="checkbox"/>	Du Frau, du mir nix anschaffen! [...] Vom Missverständnis zum miteinander-Handeln
<input type="checkbox"/>	Die Verbale Entwicklungsdyspraxie und KoArt®
<input type="checkbox"/>	Der Modifikationsansatz in der Behandlung stotternder Vorschulkinder
<input type="checkbox"/>	Trachealkanülenmanagement aus therapeutischer Sicht
<input type="checkbox"/>	Textoptimierung - Einfache Sprache als Nachteilsausgleich im inklusiven Unterricht
<input type="checkbox"/>	Therapie pragmatischer Störungen bei Kindern
<input type="checkbox"/>	Komm!ASS® - Kommunikations- und Sprachanbahnung bei Autismusspektrumstörungen

Mit der Weitergabe meiner Adresse/Telefonnummer an weitere TeilnehmerInnen 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.

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