

# Anmeldeformular

## 7. Österreichische Fachweiterbildung für FrühförderInnen von Kindern mit Sehbehinderung oder Blindheit

von Frühjahr 2021 bis Frühjahr 2024

Verbindliche Anmeldung zum

*Modul Nr.:* \_\_\_\_\_ *Datum:* \_\_\_\_\_

*Titel:* \_\_\_\_\_

*Modul gesamt*

*Einzelner Kurstag:* \_\_\_\_\_

der 7. Österreichischen Fachweiterbildung für FrühförderInnen von Kindern mit Sehbehinderung oder Blindheit verbindlich an.

### Persönliche Daten (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname : .....

Name : .....

Adresse : .....

PLZ : ..... Ort : .....

Telefonnummer : ..... Mobilnummer : .....

E-Mail : .....

Geburtsdatum : ..... Geburtsort : .....

Staatsbürgerschaft : .....

### Daten der Dienststelle (Bitte den *genauen Wortlaut* angeben)

Dienststelle : .....

Kontaktperson : .....

Adresse : .....

PLZ : ..... Ort : .....

Telefonnummer : .....

E-Mail : .....

<b>TrägerIn der Kursgebühren</b>
<input type="checkbox"/> DienstgeberIn
<input type="checkbox"/> SelbstzahlerIn
<input type="checkbox"/> Mitglied im Dachverband
<input type="checkbox"/> Sonstiges (Bitte <i>genauen Wortlaut</i> angeben) ..... ..... ..... .....

**Beschreibung der derzeitigen Tätigkeit**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
**Ort/ Datum**

.....  
**Unterschrift**