

Anmeldung

Bildungszentrum Gesundheit und Soziales
Robert-Bosch-Straße 18
48153 Münster



Alexianer

BILDUNGSZENTRUM
GESUNDHEIT UND SOZIALES
Fort- und Weiterbildung

Bildungsangebot: **Berufspädagogische Fortbildung für Praxisanleiter** (§4 Abs. 3, PflAPrV)
Unterrichtszeiten: 08:00 Uhr bis 15:15 Uhr (8 Stunden)
Kosten: 139,00€ / Tag

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgendes Bildungsangebot an. Bitte ankreuzen.

Modul 14:

„Hebst du noch oder bewegst du schon?“ - Gemeinsame Lernprozesse für Bewegungskompetenz mit Auszubildenden gestalten

- Fr. 08.12.2023 Fr. 16.02.2024 Fr. 07.06.2024
 Fr. 27.09.2024 Fr. 13.12.2024

Bitte achten Sie darauf, dass Sie das Anmeldeformular vollständig und leserlich (in Druckbuchstaben) ausfüllen!

Senden Sie die ausgefüllte und unterschriebene Anmeldung per Mail an: **s.dorn@alexianer.de**

oder per Fax an: **0251 / 484247 48109**

| Kontaktdaten teilnehmende Person | | | |
|----------------------------------|-----------|----------|--|
| Anrede: | Nachname: | Vorname: | |
| Berufsausbildung | | | |
| Privatadresse | | | |
| Handy o. Telefon | | E-Mail | |

| Kontaktdaten Arbeitgeber | | | | |
|--|-------------|----------------|----------------|---------------|
| Arbeitgeber | | | | |
| Abteilung/ Einsatzort | | | | |
| <i>Ansprechpartner:in in der Einrichtung</i> | <i>Name</i> | <i>Vorname</i> | <i>Telefon</i> | <i>E-Mail</i> |
| <i>Einrichtungsleitung</i> | | | | |
| <i>Stations- oder Wohnbereichsleitung</i> | | | | |
| <i>Pflichtfortbildungen Praxisanleitung: Wer erhält das digitale Zertifikat?</i> | | | | |

| Daten zur Rechnung | |
|--------------------|---|
| Rechnungsempfänger | <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich <i>wenn dienstlich → Name Ansprechpartner:in</i> |
| Rechnungsadresse | |

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine persönlichen Angaben zu lehrgangsorganisatorischen Zwecken elektronisch verarbeitet werden*. Die Teilnahmebedingungen werden von mir akzeptiert.

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmende Person

Datum, Unterschrift (Arbeitgeber/Stempel bei Kostenübernahme)