

Anmeldeformular LMB- Schulung

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme an der folgenden Übungsleiter/innenschulung zur Umsetzung des Lübecker Modell Bewegungswelten an:

Um an der Schulung teilnehmen zu können, sollte eine der folgenden Qualifikationen vorliegen: Ergotherapeut/in, Physiotherapeut/in, Dipl. Sportwissenschaftler/in /Sport- und Gymnastiklehrer/in, ÜL-B-Lizenz Rehabilitation (Orthopädie /Innere Medizin /Neurologie) – DBS, ÜL-B-Lizenz Rehabilitation (Orthopädie /Innere Medizin) – DOSB, DRK-ÜL (Gymnastik), ÜL-B-Lizenz /Ältere, ÜL-C-Lizenz /Ältere

Datum:	Kurs-Nr.:	Ort:
--------	-----------	------

1. Angaben zur Person

Titel/Name, Vorname: _____	
Straße, Nr.: _____	
PLZ, Ort: _____	
Telefon: _____	Fax: _____
E-Mail: _____	Beruf _____
/Qualifikation: * _____	
* Bitte Qualifikationsnachweise in Kopie/Scan zur Prüfung und Anerkennung mit der Anmeldung übersenden.	

2. Angaben zur Einrichtung (entfällt bei Übungsleiter/innen, die nicht Mitarbeitende einer Pflegeeinrichtung sind)

Name der Einrichtung: _____	
Straße, Nr.: _____	
PLZ, Ort: _____	
Bundesland: _____	

3. Angaben zum Verein (entfällt bei Übungsleiter/innen, die nicht über einen Verein organisiert sind)

Vereinsname: _____	
Vereinsanschrift: _____	
Landesverband: _____	

Die Teilnahme an der Schulung ist kostenpflichtig:

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an: fgl-sekretariat@geriatrie-luebeck.de oder per Fax an: 0451/98902-229
Anschließend erhalten Sie eine Rechnung über die Teilnahmegebühr von 250,00 €.

Nach Zahlungseingang erhalten Sie die Zusage zur Teilnahme an der Schulung.

Ort, Datum: _____ Unterschrift/Signatur: _____