

Persönliche Daten:

Vorname: _____ Nachname: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____
Telefon: _____ Website: _____
Anmeldung für die Ausbildung (Code): _____
Rechnungsadresse: _____

Berufliche Erfahrungen:

Erlerner Beruf: _____
zurzeit ausgeübte Tätigkeit (bzw Ehrenamt): _____
Trauerbegleitungsqualifikation: ☐ ja ☐ nein
wenn ja, welche: _____

Erfahrungen in der Trauerbegleitung:

- ☐ Einzelbegleitung Erwachsene
- ☐ Einzelbegleitung Jugendliche
- ☐ Einzelbegleitung Kinder
- ☐ Familiengespräche

Gruppenleitung:

- ☐ Kindertrauergruppen
- ☐ Jugendtrauergruppen
- ☐ Trauer-Café
- ☐ Workshops

Pädagogische Erfahrung:

- ☐ Beruf: _____
- ☐ Familie: _____
- ☐ Sonstiges: _____

Motivation, die Ausbildung zu absolvieren:

Wie bist du auf die Fortbildung aufmerksam geworden?

Bitte ankreuzen:

- ☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass bei einer Stornierung 30 Tage vor Beginn der Ausbildung die Ausfallgebühr 60%, 14 Tage vorab 80% des Gesamtbetrages, danach 100% beträgt.
- ☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Fehlzeiten über 10% anstatt des Zertifikates eine Teilnahmebestätigung ausgestellt wird.
- ☐ Ich akzeptiere AGB und Datenschutzerklärung des TRAUER.STÜTZ.PUNKT e.U.

Datum

Unterschrift

Bitte ausgefülltes Formular an info@trauerstuetzpunkt.at mailen.

TRAUER.STÜTZ.PUNKT e.U.