



**Diploma of Advanced Studies (DAS) Entwicklungsneurologische Therapie
(Modul 1)**

**November 2023 bis September 2024
Advanced Studies, Universität Basel**

Definitive Anmeldung

Name, Vorname:

Beruf/Titel:

Geburtsdatum:

Heimatort / Nationalität:

Adresse Privat (Strasse, PLZ, Ort):

Arbeitsort (Name und Adresse):

Tel. Geschäft:

Tel. Privat:

E-Mail:

Ausbildung:

Weiterbildung:

Arbeitsstellen (Bitte erwähnen Sie die Behandlung von Kindern mit Cerebralpareesen und anderen sensomotorischen und neuromotorischen Einschränkungen):

| Von | Bis | Institution | Funktion |
|-----|-----|-------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Aktueller Arbeitgeber:

Name Institution:

Seit:

Total Arbeitsstunden pro Woche:

Kurze Beschreibung Ihrer Tätigkeit:

Gibt es in an Ihrem aktuellen Arbeitsort Therapeuteninnen oder Therapeuten, welche einen Kurs in Entwicklungsneurologischer Therapie nach Bobath absolviert haben?

Anmeldefrist und Bearbeitungsgebühr

Die ausgefüllte und unterzeichnete Anmeldung ist bis spätestens am **20. Januar 2023** per E-Mail an office@sakent-asend.ch zu senden.

Sobald Ihre Anmeldung bei uns eingetroffen ist, erhalten Sie für die Zulassungsüberprüfung eine Rechnung für die Bearbeitungsgebühr von **CHF 200.-**, welche im Falle einer Abmeldung oder einem negativen Zulassungsentscheid nicht zurückerstattet wird.

Rücktrittsbestimmungen:

Ein Rücktritt von der definitiven Anmeldung zum Studiengang muss schriftlich erfolgen. Folgende Gebühren fallen bei einem kurzfristigen Rücktritt vom Studiengang an:

- Innerhalb von 2 Monaten vor Studienbeginn: **50 %** der gesamten Studiengebühren
- Ab Studienbeginn: **100 %** der gesamten Studiengebühren

Die Bearbeitungsgebühr von CHF 200.- wird in jedem Fall nicht zurückerstattet.

Sollte der Studiengang von der Advanced Studies und der SAKENT abgesagt werden müssen, erhalten die Studierenden die Studiengebühren vollumfänglich zurückerstattet.

- Ich bestätige hiermit, dass ich die Bedingungen in der Ausschreibung zur Kenntnis genommen habe und damit einverstanden bin.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass für eine Teilnahme am Studiengang sehr gute Deutschkenntnisse zwingend sind.

Datum:

Unterschrift:

Beilagen:

- Bestätigung vom Arbeitgeber, dass die zukünftige Teilnehmerin/ der zukünftige Teilnehmer Kinder mit Cerebralpareesen und anderen senso-motorischen und neuromotorischen Einschränkungen behandelt.
- Kopie Diplome