

Vorname _____, **Name** _____

Qualifikation als Therapeut/in im Affolter-Modell®

Adresse _____ PLZ, Wohnort: _____

Ist eine Zuweisung möglich? Ja Nein

Kinder? Erwachsene?

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, bzw. welche Verfügungen benötigen Sie? (z.B. ärztliches Attest; Kostengutsprache Schulgemeinde; IV-Verfügung (CH))

Wie können Betroffene und/oder Beratungsstellenleiter/innen Sie erreichen?

Tel. Nr.: _____ Zeit: _____

E-Mail Adresse: _____

Website: _____

Mein Name darf auf der Internetseite der APW aufgeführt werden

E-Mail-Adresse und evtl. Website bitte angeben! Ja Nein

Mein Name darf auf der Liste (für Beratungsstellen und Betroffene) geführt werden

Diese Liste wird nicht im Internet veröffentlicht! Ja Nein

Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift:

bitte einsenden an: APW, Degersheimerstr. 47, CH-9100 Herisau