



## ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich verbindlich an zum

### **INTENSIV-WEITERBILDUNG AUTISMUS - ZERTIFIKATSKURS (IWAZ) XIX**

Termine:	<b>16. - 20. September 2024</b>	<b>(Modul 1)</b>
	<b>18. - 22. November 2024</b>	<b>(Modul 2)</b>
	<b>17. – 21. Februar 2025</b>	<b>(Modul 3)</b>
Uhrzeit:	jeweils 9.00 – 17.00 Uhr (freitags von 8.30 bis 15.30 Uhr)	
Veranstaltungsort:	Modul 1: Kassel, Anthroposophisches Zentrum Modul 2: Kassel, ECKD Modul 3: Hoffmanns Höfe, Frankfurt/Main	
Teilnahmegebühr:	<b>Euro 2.400,- für Mitglieder</b> <b>Euro 2.550,- für Mitarbeiter:innen von Mitgliedseinrichtungen *</b> <b>Euro 2.700,- für Nichtmitglieder</b>	
	für die insgesamt dreiwöchige Fortbildung inkl. Tagesverpflegung und Seminarunterlagen (aufgeteilt in drei Rechnungen) * Der Jahresbeitrag für Institutionen muss entrichtet sein.	

Vorname, Name: .....

Rechnungsanschrift: .....

.....

.....

.....

Telefon .....

E-Mail: .....

Tätigkeitsbereich: .....

eingetragen im Vereinsregister des  
Amtsgerichts Hamburg unter VR 12766  
USt-ID-Nr.: DE 118715384

Spendenkonto:  
Hamburger Sparkasse  
IBAN: DE 47 2005 0550 1255 1221 50

Vorstand i.S.d. § 26 BGB (einzelvertretungs-  
berechtigt): Maria Kaminski (Vorsitzende),  
Silke Czerwenka (stellv. Vorsitzende)

Ich arbeite mit  Kindern / Jugendlichen  Erwachsenen

**Meine Vorkenntnisse im Bezug auf Autismus schätze ich wie folgt ein:**  
(bitte angeben auf einer Skala von 1/sehr wenige bis 10/sehr umfangreiche)

Ich bin  Mitglied im Bundesverband  
 Mitarbeiter:in einer Mitgliedseinrichtung  
 Nichtmitglied

Verpflegung Mittagessen  ohne Einschränkung  vegetarisch  
(Bei Unverträglichkeiten oder Allergien wenden Sie sich bitte direkt an die  
Tagungshäuser)

Hinweis: Das Abschlusszertifikat nur bei einer vollständigen Teilnahme an allen  
Seminartagen erlangt werden kann. Insbesondere eine vorzeitige Abreise am Freitag  
in Modul III (Abschlusskolloquium) vor 15:30 Uhr ist nicht möglich.

Sollten Sie gezwungenermaßen an einem anderen Seminartag stundenweise  
verhindert sein, bitten wir im Vorhinein um Ihre Mitteilung.

Eine eventuelle Übernachtung organisiere ich als Selbstzahler:in. (Zimmerkontingent  
im Tagungshaus in Frankfurt/M. vorhanden)

Ort / Datum: ..... Unterschrift: .....

Bitte senden Sie das Anmeldeformular an:

**autismus** Deutschland e.V.  
Rothenbaumchaussee 15  
  
20148 Hamburg

Per Fax an: 040 – 511 08 13

Per Mail an: [info@autismus.de](mailto:info@autismus.de)