

Anmeldung für die Zusatzausbildung

CAS

CAS Gesundheitsförderung an Schulen

Beginn _____

Personalien

Frau Herr

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorname _____ Kanton _____
Adresse _____ E-Mail _____
PLZ / Ort _____ Heimatort _____
Telefon privat _____ Mobiltelefon _____

Angaben zur aktuellen Berufssituation

Name der Schule / des Arbeitgebers _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____ Kanton _____

Telefon G _____ Fax G _____

E-Mail G _____ Name der Schulleitung _____

gesamt Pensum _____ %

Anzahl Dienstjahre _____ Stufe _____

Rechnungsadresse privat Schule / Arbeitgeber

sonstige Bemerkungen:

Berufsausbildungen - Berufweiterbildungen

Lehrdiplom als _____ Abschlussjahr _____

Matura / Immatrikulationsnummer _____ Abschlussjahr _____

Hochschul- / Fachhochschulabschluss _____ Abschlussjahr _____

Andere Berufsausbildungen (bitte geben Sie auch das Abschlussjahr an)

Andere fachliche Weiterbildungen

(bitte präzise Bezeichnung des Abschlusses)

Fachliche Weiterbildungen und Zusatzausbildungen

Ich habe bereits eine Ausbildung als Kontaktlehrperson Gesundheitsförderung absolviert: Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____
(Bitte Bestätigung beilegen)

Falls ja, besuchen Sie nur die Module 4 – 9? Ja Nein

Persönliche Motivation für den Besuch der Zusatzausbildung

Welche Erwartungen haben Sie an die Zusatzausbildung?

Wie sind Sie auf das Angebot aufmerksam geworden?

Anmeldebedingungen

Die Anmeldebedingungen sind auf www.wbza.luzern.phz.ch abrufbar.

Ich habe die Anmeldebedingungen gelesen und akzeptiert.

Aufnahme

Die PHZ Verordnung Weiterbildung-Zusatzausbildungen regelt in Art. 15 die Zulassungsvoraussetzungen für Zusatzausbildungen. Über die Aufnahme entscheidet die Studienleitung.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Bitte fügen Sie folgende Beilagen an:

- Kopien von Diplomen, Fachausweisen, Zertifikaten
- Kopien von sonstigen Aus- und Weiterbildungsabschlüssen
- (digitales) Passfoto