

Antrag auf Mitgliedschaft im FiL

Bitte schicken Sie die Unterlagen an:

Fachverband für integrative Lerntherapie e.V., Rathausstraße 3b, 14669 Ketzin

E-Mail Zusendung an: gfuehrung@lernfil.de (Bitte Dokument vor dem Versenden auf Ihrem PC speichern)

1. Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Titel _____

Geburtsdatum _____

Privatanschrift:

Straße _____

Ort, PLZ: _____

Bundesland: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Praxisanschrift:

Praxis: _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Bundesland _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Korrespondenzadresse für den FiL (Zeitschrift *Lernen und Lernstörungen*):

privat

Praxis

Adresse zur Veröffentlichung auf der FiL-Website (Lerntherapeutensuche):

privat

Praxis

2. Ausbildung und Qualifikation

2.1 Abschluss

Hochschulabschluss _____

Jahr des Abschlusses _____ (Bitte Kopie der Urkunde beilegen.)

Promotion im Fach _____

Jahr _____ (Bitte Beleg beifügen.)

Zusätzlich verfüge ich über: _____

einen weiteren Hochschulabschluss _____

eine abgeschlossene Ausbildung _____

2.2 Ich habe folgende Zertifikate erworben

Qualifikation als _____

bei (Institut) _____

Lerntherapeut/in

Supervisor/in

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Approbation

Psychologische/r Psychotherapeut/in

Approbation

andere _____

3. Ich bin Mitglied in folgenden Verbänden

4. Angaben zur beruflichen Tätigkeit

4.1 Ich arbeite als Lerntherapeut/in vorwiegend in folgenden Tätigkeitsfeldern

- Lese-/Rechtschreibschwäche
 Dyskalkulie
 AD(H)S
 Lehre und Fortbildung
 Sonstiges _____
 Ich übe meine Tätigkeit auch in folgenden Fremdsprachen aus _____
 Ich arbeite seit _____ als Lerntherapeutin.

4.2 Einrichtung

- Praxis
 Institut / andere Einrichtung _____
 Schule
 Klinik
 Fort- und Weiterbildungseinrichtung

4.3 Berufsstatus

- selbstständig
 in eigener Praxis
 auf Honorarbasis mit _____ Stunden/Woche
 angestellt Vollzeit Teilzeit
 nebenberuflich
 in Ausbildung zum/zur Lerntherapeut/in bei/an (Institut/Uni/Hochschule)

 voraussichtlicher Abschluss (Monat, Jahr)
 Vollzeitstudierende/r: Fach/-richtung _____
 voraussichtlicher Studienabschluss (Monat, Jahr) _____
 Arbeit suchend
 berufliche Tätigkeit neben der lerntherapeutischen: _____
 mit _____ Stunden/Woche
 Sonstiges _____
 (z. Z. Mutterschutz, Erziehungsurlaub, Ruhestand)

5. Angaben zur Beitrittserklärung

5.1 Wie sind Sie auf den FiL aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung Recherche im Internet
 Präsentation des FiL _____
 Zeitschrift _____
 Informationsmaterial _____
 Sonstiges _____

5.2 Was hat Sie zum Antrag auf Mitgliedschaft veranlasst?

- Ich möchte die Aufgaben und Ziele des FiL durch meinen Beitrag unterstützen.
 Ich möchte die Aufgaben und Ziele des FiL durch meine aktive Mitarbeit unterstützen.
 Ich erwarte kompetente Beratung in Fragen meiner Berufsausübung.
 Ich suche den kollegialen Austausch mit anderen Lerntherapeut/innen.
 Ich benötige laufend aktuelle fachliche und berufspolitische Informationen.
 Ich interessiere mich für die Fortbildungen des FiL.

- Ich möchte das Zertifikat „Integrative/r Lerntherapeut/in FiL“ gemäß der Weiterbildungsordnung im Zertifizierungsverfahren des FiL jetzt später erwerben
bzw. aufgrund meines Master-/Bachelorabschlusses Lerntherapie (Verpflichtungserklärung beifügen).
- Sonstiges _____

6. Eintrag ins Mitgliederverzeichnis

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten wie oben genannt auf der FiL-Website veröffentlicht werden:
JA NEIN

Unter „Schwerpunkt“ der Tätigkeit bitte Folgendes angeben:

7. Informationsveranstaltung

Ich habe Interesse an einem FiL-Tagesseminar, das für neue Mitglieder durchgeführt wird. Bitte informieren Sie mich über Termine, Kosten und Ort der Veranstaltung.

8. Beitrag/Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Der reguläre Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich 17,00 € und wird als Jahresgebühr von 200,00€ eingezogen. Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen für den jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines Kontos:

Kontoinhaber (Anschrift, wenn von o.g. abweichend)

IBAN _____

BIC _____

Bankinstitut _____

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift

9. Erklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum FiL. Ich habe die Satzung des FiL zur Kenntnis genommen und erkenne sie an. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben nach bestem Wissen.

Ort, Datum

Unterschrift

10. Datenschutzvereinbarung

Ich erkläre mich einverstanden, dass mir der FiL regelmäßig Informationen in Form eines Newsletters zukommen lässt. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Folgende Unterlagen habe ich dem Antrag beigelegt (Zutreffendes ankreuzen):

- Tabellarischer Lebenslauf
- Kopie des Hochschulabschlusses
- Kopie des Berufsabschlusses
- Kopie der Master-/Bachelorurkunde bzw.
- des Weiterbildungsabschlusses Lerntherapie

Für telefonische Rückfragen erreichen Sie uns unter Tel. 07141-6426910/0151-15353233