

Orthopädie

Innere Medizin

Neurologie

Geistige Behinderung

### Spüre deinen Körper – Verbesserung der Eigenwahrnehmung

LG-NR	Termine / Ort	Meldeschluss	FP	Kosten
210911	19. – 21.11.21 Sportschule Baden-Baden Steinbach	30.09.21	15	BBS-Mitglieder: 45,- € WBRS-Mitglieder: 210,- € Sonstige: 550,- €

**Inhalte:** In dieser Fortbildung steht die Körperwahrnehmung im Vordergrund. Mit kleinen, bewusst wahrgenommenen Bewegungen können Sie ein Gefühl für Spannung und Entspannung entwickeln, Handlungsmuster entdecken und neue Bewegungsmöglichkeiten erkunden. Sie werden unter anderem die Strategien der FELDENKRAIS-Methode, Denken, Fühlen, Wahrnehmen und Handeln, kennenlernen und praktisch erfahren.

**Zielgruppe:** Übungsleiter B Rehabilitationssport – Profil Orthopädie, Innere Medizin, Neurologie und Geistige Behinderung

# Anmeldeformular

## Lehrgänge Badischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband (BBS)

Bitte beachten Sie, dass das Anmeldeformular nur bearbeitet werden kann, wenn es vollständig ausgefüllt ist!

persönliche Daten

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Plz., Ort: (        ) \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Verein: \_\_\_\_\_

Vorqualifikation<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bitte Qualifikationsnachweise zwecks Prüfung und Anerkennung mit der Anmeldung übersenden

Meine persönlichen Anforderungen an die Barrierefreiheit der Veranstaltung:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> barrierefreies Zimmer     | <input type="checkbox"/> ich nutze einen Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Gebärdensprachdolmetscher | <input type="checkbox"/> Schriftdolmetscher        |
| <input type="checkbox"/> besondere Lehrmaterialien | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____           |

Lehrgangsdaten

Ich melde mich zu folgenden Lehrgängen verbindlich an:

Nr.	Lehrgangsnummer	Lehrgangsbezeichnung

weitere Angaben

Ja, ich bin mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten an andere Lehrgangsteilnehmer zur eventuellen Bildung von Fahrgemeinschaften einverstanden.

Hiermit bestätige ich, dass ich die allgemeinen Teilnahmeregelungen zu den Aus- und Fortbildungslehrgängen des BBS und die Regelungen zum Datenschutz gelesen habe und diesen zustimme.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten vom BBS gespeichert und zum Zwecke der Lizenzausstellung an den DOSB und zur Lehrgangsorganisation an die jeweilige Sportschule weitergegeben werden.

Hinweis: Im Falle der Nicht-Einwilligung kann keine DOSB-Lizenz ausgestellt bzw. verlängert werden. Eine Lehrgangsteilnahme ist nicht möglich.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bestätigung Verein

Es wird bestätigt, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_ bei uns im Verein als Übungsleiter (Rehasport) tätig ist bzw. spätestens drei Monate nach Abschluss der Prüfung tätig wird. Die allgemeinen Teilnahmeregelungen zu den Aus- und Fortbildungslehrgängen des BBS haben wir gelesen und stimmen diesen zu.

Name des Vereins \_\_\_\_\_

Ja, der Verein wünscht eine Kopie der Anmeldebestätigung.

Datum \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift \_\_\_\_\_

(Berechtigter nach § 26 BGB)