

**BEWERBUNG**  
zur Fort-/Weiter-/Ausbildung am



**Heike Harder**

Lindenallee 34, 20259 Hamburg

An der Chaussee 11, 25348 Glückstadt

Steuernummer 42/086/00813

harder@atempause-in-hamburg.de

+49 / (0)163 - 477 90 94

comdirect bank AG

BIC COBADEH044

IBAN DE16200411440701338600

**Hiermit bewerbe ich,**

Name

---

Strasse

---

Ort

---

Telefonnummer

---

Mobile Nummer

---

E-Mail

---

**mich an der Teilnahme für nachfolgend angekreuzte Module/Prüfungen:**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Modul Atemlehre   |
| <input type="checkbox"/> | Modul Didaktik  |
| <input type="checkbox"/> | Prüfung Atempädagogik - Module Atemlehre + Didaktik                           |
| <input type="checkbox"/> | Modul Therapie (Voraussetzung bestandene Prüfung Modul Didaktik)              |
| <input type="checkbox"/> | Prüfung Atemtherapie ohne Behandlung - Module Atemlehre + Didaktik + Therapie |
| <input type="checkbox"/> | Modul Behandlung (Voraussetzung bestandene Prüfung Modul Atemtherapie)        |
| <input type="checkbox"/> | Prüfung Atembehandlung - Module Atemlehre + Therapie + Behandlung             |
| <input type="checkbox"/> | Prüfung Atemtherapie/-pädagogik - alle Module                                 |

**MOTIVATION** (kurze Begründung für die Entscheidung zu dieser Fort-/Weiter-/Ausbildung)

**TABELLARISCHER LEBENS LAUF**

	Jahr/Zeitraum	
Höchster Schulabschluss		
Ausbildung/Studium		
Jobs/Berufserfahrung		
Fort-/Weiterbildungen		
Hobbys		

**THERAPIEERFAHRUNGEN** (eigene bereits durchlaufene Psycho-/Körpertherapien)

<b>Zeitraum</b>	<b>Art der Therapie</b>

**AKTUELL LAUFENDE THERAPIEN**

<b>seit</b>	<b>Art der Therapie</b>

**WEITERES**

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift