

Přihláška na lékařský kurz Vojtovy metody

Jméno a příjmení, titul				
Datum narození				
Adresa				
Telefon				
E-mail				
Dosažené vzdělání v oboru, škola, rok ukončení vzdělání, event. atestace				
Počet let praxe	S dětmi		Celkem	
Typ kurzu na který se hlásíte	Pro děti		Pro dospělé	
Současné zaměstnání				
Adresa pracoviště				
Telefon pracoviště				
Pracovní úvazek	1	1/2	1/3	Méně
Praxe	Dětská		Dospělá	

Přihláška je platná pouze:

- s prohlášením o délce praxe (text vlastní rukou je dostatečný)
- s kopií diplomu o ukončeném vzdělání, event. příložením kopie atestace v oboru
- po vyplnění všech údajů

Souhlasím s „Podmínkami lékařského kurzu Vojtovy metody“ i s „Platebními podmínkami“.

Datum a podpis: _____