

Anmeldung zur Mitgliedschaft beim VAL

Name:
Vorname:
Adresse
PLZ / Wohnort
Tel. p: Tel. Arbeit:
E-Mail:

Ausbildungsinstitution:

- CH – Diplom:
 Nicht CH – Diplom:
 mit EDK¹ Gleichwertigkeitsempfehlung (bitte Kopie beilegen)
 ohne EDK Gleichwertigkeitsempfehlung²

Arbeit im **Kinder- und Jugendbereich**

- angestellt
 freipraktizierend

Arbeit im **Erwachsenenbereich**

- angestellt
 freipraktizierend

Therapieorte / Anstellungsumfang:

.....

- bereits Mitglied beim DLV; Logopädieverband:
 bereits Mitglied beim alv

Datum:

Unterschrift:

Anmeldeformular bitte an das VAL Sekretariat retournieren

¹ Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK)

² „Assoziierte Mitgliedschaft“ ohne Stimmrecht