

Anmeldung zur Mitgliedschaft beim VAL

Name:
Vorname:
Adresse:
PLZ / Wohnort:
Tel. Privat: Tel. Arbeit:
Email:

Ausbildungsinstitution

.....

- mit EDK¹ Gleichwertigkeitsempfehlung (bitte Kopie beilegen)
 ohne EDK Gleichwertigkeitsempfehlung²

Arbeitsbereich

- Frühbereich
 Kinder- und Jugendliche
 Erwachsene

Anstellung

- Stiftung Volksschule Spital /Klinik
 Freipraktizierend verschiedene Anstellungen

Therapieorte

.....

Pensum

.....

Bestehende Mitgliedschaften

- bereits Mitglied beim DLV
 bereits Mitglied beim alv
 anderer Logopädieverband

Datum:

Unterschrift:

Anmeldeformular bitte an das VAL Sekretariat retournieren

¹ Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK)

² „Assoziierte Mitgliedschaft“ ohne Stimmrecht