



Nemkívánatos viselkedések befolyásolásának lehetőségei, technikai – autizmus spektrum zavarok terápiája, pedagógiája

T Á J É K O Z T A T Ó

A képzés elsődleges célja, hogy olyan konkrét eljárásokat, módszereket mutasson be, amelyek segítségével hatékonyan lehet megelőzni és/vagy megszüntetni a problémás viselkedéseket. Emellett fontos hangsúlyt fektet arra, hogy hogyan értelmezzük az autizmussal élő személyek nemkívánatos viselkedéseit.

A képzés típusa: egynapos kurzus
Időtartam: 1 nap, 6x45 perc
A képzés díja: 10.200,-Ft (amely az áfá-t tartalmazza)
A fizetés módja: átutalással előre, illetve a helyszínen készpénzben
Számlaszámunk: 10300002-20327589-70073285

Helyszín: Autizmus Alapítvány 1089 Budapest, Delej u. 24-26.
Időpont: **2012. március 23.**

Jelentkezési határidő: 2012. március 18.

A jelentkezés módja:

Levélben vagy e-mailen visszaküldött jelentkezési lapon, amely megtalálható honlapunkon, illetve e-mailen kérhető.

A képzést csak megfelelő számú jelentkező esetén indítjuk.

Elérhetőségünk:

Autizmus Alapítvány
1089 Budapest, Delej u. 24-26.
Levél cím: 1426 Budapest, Pf. 68
Tel.: 06-1/314-2859
Fax: 06-1/210-4364
autizmus@autizmus



Nemkívánatos viselkedések befolyásolásának lehetőségei, technikai – autizmus spektrum zavarok terápiája, pedagógiája

JELENTKEZÉSI LAP

2012. március 23.

Név: Születési név:

Foglalkozás: Telefon: 06-/.....

E-mail cím:

Levelezési cím

Irányítószám: Helység:

Utca, házszám:

Munkahely

Neve, címe:

.....

Telefon: 06-/..... Beosztás:

X-elje a megfelelőt:

- A fizetés módja:

- átutalással (előre)
 készpénzzel (a helyszínen)

- A tanfolyam részvételi díjáról a számlát:

- a saját nevemre kérem
 cég/intézmény nevére kérem – ez esetben kérjük csatolni a jelentkezési lap mellékletét képező **kötelezettségvállalási nyilatkozatot.**

Számlát utólag módosítani nem tudunk.

.....
dátum

.....
aláírás



Nemkívánatos viselkedések befolyásolásának lehetőségei, technikai – autizmus spektrum zavarok terápiája, pedagógiája

FIZETÉSI KÖTELEZETTSÉGVÁLLALÁSI NYILATKOZAT

(A RÉSZVÉTELI DÍJAT FIZETŐ INTÉZMÉNY/CÉG TÖLTI KI)

Számlázási név:

.....

Számlázási cím:

.....

Postázási név és cím (ha nem egyezik a számlázási névvel és címmel):

.....

.....

Telefon: 06-/.....

Nyilatkozattételre jogosult személy neve, beosztása:

.....

kötelezettséget vállal

az **Autizmus Alapítvány** által szervezett – fent megnevezett – tanfolyam
díjának %-os mértékű, Ft értékű kifizetésére,
..... fő esetében.

A tanfolyamra jelentkező(k) neve:

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

..... P.H.

dátum

aláírás