

## Leiten und Beraten von Gruppen und Teams

Lehrgang 19  
Beginn: Oktober 2022

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

angestellt bei \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_

Schulabschluss \_\_\_\_\_

Berufsausbildung / erlernter Beruf \_\_\_\_\_

Familiensituation / Kinder \_\_\_\_\_

**Berufliche Ziele und Zielvorstellungen, speziell im Hinblick auf diese Weiterbildung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Motive für die Teilnahme an dieser Weiterbildung;  
wozu will ich die in der Weiterbildung zu erwerbenden Fähigkeiten nutzen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mögliche Anwendungsfelder für Beratung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bisherige berufliche Praxis und gegenwärtige berufliche Tätigkeit**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bisherige Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsmaßnahmen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Selbstzahler/in  Institution zahlt

Ort, Datum

Unterschrift

Diese Anmeldung bitte senden an...

TOPS München – Berlin e.V.  
Geschäftsstelle  
Alramstraße 21  
81371 München

Telefon 0 89/72 06 94 80  
Telefax 0 89/72 06 94 79  
info@tops-ev.de  
www.tops-ev.de

Telefonisch ist die Geschäftsstelle  
Mo, Mi und Do von 8.30–12.30 Uhr  
und Do von 13.30–16.30 Uhr  
direkt erreichbar.

