



Antrag auf Mitgliedschaft im FiL

1. Persönliche Daten

Name, Vorname _____

Titel _____

Geburtsdatum _____

Privatanschrift:

Praxisanschrift: (Name der Einrichtung)

Straße _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

PLZ, Ort _____

Bundesland _____

Bundesland _____

Tel. _____

Tel. _____

Fax _____

Fax _____

E-Mail _____

E-Mail _____

Homepage _____

Homepage _____

Korrespondenzadresse für den FiL:

privat

Praxis

2. Ausbildung und Qualifikation

2.1 Abschluss

Studienabschluss _____

Jahr des Abschlusses _____ (Bitte Kopie der Urkunde beilegen.)

Promotion im Fach _____

Jahr _____ (Bitte Beleg beifügen.)

Zusätzlich verfüge ich über:

einen weiteren Hochschulabschluss _____

eine abgeschlossene Ausbildung _____



2.2 Ich habe folgende Zertifikate erworben (Bitte Belege beifügen!)

Qualifikation als _____

bei (Institut) _____

- Lerntherapeut/in
- Supervisor/in
- Kinder- und Jugendpsychotherapeut/in Approbation Zulassung
- Psychologische/r Psychotherapeut/in Approbation Zulassung
- Gestalttherapeut/in, -berater/in
- Systemische/r Familientherapeut/in, Berater/in
- andere _____ (evtl. Beiblatt beifügen)

3. Ich bin Mitglied in folgenden Verbänden _____

4. Angaben zur beruflichen Tätigkeit

4.1 Ich arbeite als Lerntherapeut/in vorwiegend in folgenden Tätigkeitsfeldern

(Bitte max. 3 angeben!)

- Lese-/Rechtschreibschwäche
- Dyskalkulie
- AD(H)S
- andere Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen
- Lerntraining
- Diagnostik
- Lehre und Fortbildung
- Supervision
- Sonstiges _____
- Ich übe meine Tätigkeit auch in folgenden Fremdsprachen aus

Anlage: Beschreibung meiner lerntherapeutischen Tätigkeit (**bitte unbedingt beifügen**)

Anlage: Flyer o. ä. meiner Praxis (**bitte beifügen**)

4.2 Praxisfelder

- Praxis
- Institut / andere Einrichtung
- Schule
- Klinik
- Fort- und Weiterbildungseinrichtung



4.3 Berufsstatus

- selbstständig
- Funktion als _____ leitend
- auf Honorarbasis mit _____ Stunden/Woche
- angestellt Vollzeit Teilzeit mit _____ Stunden/Woche
- in Ausbildung zum/zur _____
bei (Institut) _____
voraussichtlicher Abschluss (Monat, Jahr) _____
- Student/in _____ Fach _____
voraussichtlicher Studienabschluss (Monat, Jahr) _____
Graduierung _____
- Arbeitssuchend
- Sonstiges _____
(z. Z. Mutterschutz, Erziehungsurlaub, Ruhestand)

5. Angaben zur Beitrittserklärung

5.1 Wie sind Sie auf den FiL aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung
- Präsentation des FiL _____
- Zeitschrift _____
- Anzeige, Informationsmaterial _____
- Recherche im Internet
- Sonstiges _____

5.2 Was hat Sie zum Antrag auf Mitgliedschaft veranlasst? (Bitte max. 3 Angaben!)

- Ich möchte die Aufgaben und Ziele des FiL durch meinen Beitrag unterstützen.
- Ich möchte die Aufgaben und Ziele des FiL durch meine aktive Mitarbeit unterstützen.
- Ich erwarte kompetente Beratung in Fragen meiner Berufsausübung.
- Ich suche den kollegialen Austausch mit anderen Lerntherapeut/innen.
- Ich benötige laufend aktuelle fachliche und berufspolitische Informationen.
- Ich interessiere mich für die Fortbildungen des FiL und dem FiL angeschlossenen Institutionen.
- Ich möchte das Zertifikat „Integrative Lerntherapeutin/Integrativer Lerntherapeut FiL“ gemäß der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung jetzt später erwerben (Bearbeitungsgebühr 150,- €)
- Sonstiges _____



6. Angaben zur Beitragsbemessung

- Ich beantrage den ermäßigten Beitrag für 200_ (Belege liegen bei)
- Ich bin Student/in im Fach _____ an der (Fach-)Hochschule _____ voraussichtlicher Studienabschluss _____ (Monat/Jahr)
- Ich bin teilzeitbeschäftigt (max. 20 Stunden/Woche)
- Ich befinde mich in der Aufbauphase als Selbstständige/r seit _____ und rechne mit voller Rentabilität ab _____ (Monat/Jahr)
- Ich bin im Erziehungsurlaub bis einschließlich _____ (Monat/Jahr)
- Ich bin zurzeit erwerbslos.
- Ich habe meine lerntherapeutische Tätigkeit aus Altersgründen aufgegeben.
- Sonstiges _____
(ggf. Begründung auf einem gesonderten Blatt angeben.)

Hinweis: Ein ermäßigter Beitrag gilt jeweils nur für ein Kalenderjahr. Sollten Sie eine Verlängerung der Ermäßigung wünschen, so muss sie bis zum 30.10. des Vorjahres in der Geschäftsstelle beantragt werden. Ansonsten wird dann der reguläre Beitrag erhoben (Näheres zum ermäßigten Beitrag siehe Beitragsordnung.)

7. Eintrag ins Mitgliederverzeichnis

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, ggf. Praxisname, Anschrift, Telefonnummer, Fax, E-Mail und Homepage) auf der Homepage des FiL und der Jahres-CD-ROM veröffentlicht werden (ggfs. streichen, wenn nicht erwünscht).
- Unter dem Schwerpunkt meiner Tätigkeit soll Folgendes veröffentlicht werden:

8. Informationsveranstaltung

- Ich habe Interesse an einem FiL-Tagesseminar, das für neue Mitglieder bundesweit ein- bis zweimal jährlich durchgeführt wird. Bitte informieren Sie mich über Termine, Kosten und Ort der Veranstaltung.



9. Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen für den jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines/unseren Kontos:

Kontoinhaber _____ (Name und Anschrift)

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Bankinstitut _____

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift

10. Erklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum FiL. Ich habe die Satzung des FiL zur Kenntnis genommen und erkenne sie an. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben nach bestem Wissen.

Ort, Datum

Unterschrift