

### Abfrageraster für Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/-innen (ASSL)

Name, Vorname (ASSL)	
Geburtsname	
Name (Einrichtung)	
Postanschrift der Einrichtung: Straße, Nr., PLZ, Ort	
Bundesland	
Bei kleineren Orten bitte angeben: Größere Orte im Umkreis	
Telefon	
Telefax	
E-Mail-Adresse	
Internet-Adresse (Website)	
Ist die o.g. Einrichtung eine Praxis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Kassenzulassung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In welchen Bereichen sind Sie tätig?	<input type="checkbox"/> Therapie <input type="checkbox"/> pädagogische Arbeit <input type="checkbox"/> künstlerische Arbeit <input type="checkbox"/> Kurse für .....
Welche Menschen kommen zu Ihnen?	
Möchten Sie Ihre Tätigkeit Menschen vorstellen, die sich für die Ausbildung zum/zur ASSL interessieren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Interesse daran, Schüler und Schülerinnen des 4. Semesters im Rahmen des Praktikums zu betreuen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Ich bin mit einer Weitergabe dieser Daten und der Veröffentlichung auf der Website der Schule [www.cid-schlaffhorst-andersen.de](http://www.cid-schlaffhorst-andersen.de) einverstanden. Falls ich eine eigene Website habe, setze ich dort gern auch einen Link auf die Seite der Schule.**

Datum, Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Angaben!**