

**BOBATH-REFRESHER-KURS Kurszentrum Bremen-Mitte 2024 / 25**  
für ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen mit Bobath-Kurs

**Kursanmeldung** (Bitte in Blockschrift und vollständig ausfüllen)

**KURSBEZEICHNUNG: Bobath-Refresher-Kurs**

**TERMINE: 22. – 24. Nov. 2024 und 17. – 19. Jan. 2025**

**ORT: Bobath-Kurszentrum Bremen-Mitte**  
physio zentrum blumenthal, Lüssumer Str. 1, 28779 Bremen

**NAME..... VORNAME.....**

**GEB.-DATUM .....**

**WOHNORT .....**

**STRASSE .....TEL .....**

**MAIL .....**

**BERUFSAUSBILDUNG .....**

**BOBATH-KURS (wann und wo) .....**

**Zertifikat bitte beifügen (Voraussetzung für Teilnahme)**

**Derzeitig tätig in Praxis/Einrichtung: .....**

**Rechnungsadresse:.....**

.....

**Ich bin mit der Weitergabe meiner Adresse und Rufnummer an andere**

**TeilnehmerInnen desselben Kurses einverstanden:**

ja  nein

**Zum obigen Seminar melde ich mich verbindlich an:**

.....  
(Ort / Datum)

.....  
(Unterschrift)