



## Anmeldung Schnuppertag

### Ergotherapie

Frau Herr 

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

(Mindestalter 14 Jahre)

**Adresse****Kontaktdaten**

Strasse \_\_\_\_\_

Festnetz-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

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

**Schultyp** Gym. Sek A Sek B Andere \_\_\_\_\_**Gewünschter Schnupperzeitraum oder Schnuppertag**

\_\_\_\_\_

**Ort / Datum**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift\***

\_\_\_\_\_

**Ort / Datum**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift gesetzliche Vertretung**

\_\_\_\_\_

\*Mit der Unterschrift bestätigen Sie zugleich, dass Sie sich über den Beruf Ergotherapeut/in informiert haben, z.B. auf [www.ergotherapie.ch](http://www.ergotherapie.ch)

**Bitte senden Sie das Anmeldeformular an:**

Spital Bülach AG, Leitung Ergotherapie, Spitalstrasse 24, CH-8180 Bülach

Oder per E-Mail mit Betreff «Schnuppertag» an die [Ansprechperson Ergotherapie](#).