

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

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](#).