

**Aufnahme zur Teilnahme am Zertifikatsstudium (bitte per Post, oder per Mail zustellen: [urs.gruber@swiss-campus.ch](mailto:urs.gruber@swiss-campus.ch))**

|                                   |                                    |                                 |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Nachname, Vorname                 |                                    | Geburtsdatum, Geburtsort, Staat |
| Staatsangehörigkeit               | Weiblich<br>Männlich<br>Geschlecht | Adresse: E-Mail                 |
| Adresse: Ort, Strasse, Hausnummer |                                    |                                 |

**Schul- und Berufsausbildung**

|                                                    |                           |
|----------------------------------------------------|---------------------------|
| Schulabschluss & Berufsausbildung (Nachweis Beruf) | Land                      |
| Akademischer Grad und Studiengang (Nachweise)      | weitere akademische Grade |
| Abschluss (Nachweis)                               | Berufsjahre/Praxisjahre   |

**Anmeldung zum Hochschulzertifikat**

- ☐ CAS Traumatherapie
- ☐ CAS Fachberatung Psychotraumatologie
- ☐ CAS Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen im pädagogischen Feldo
- ☐ CAS Gerontopsychotraumatologie
- ☐ CAS Traumatherapie für Kinder und Jugendliche

|            |                         |
|------------|-------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift Teilnehmer |
|------------|-------------------------|

**Vom Swiss Campus der DTMD Hochschule Luxemburg auszufüllen**

Projekt:

|                                               |            |
|-----------------------------------------------|------------|
|                                               | CAS Titel: |
| Swiss Campus, DTMD Hochschule, Office Schweiz |            |

|                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| Eignung:                     | Zulassung:              |
| Datum, Name, Prüfer 1: _____ | Ort, Datum: _____       |
| Datum, Name, Prüfer 2: _____ | Unterschrift, GC: _____ |