

FRAGEBOGEN

Name: Vorname:

Anschrift:

PLZ, Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

1. Bitte geben Sie einen kurzen Überblick über Ihre Tätigkeit hinsichtlich Anzahl der Praxisstunden (wichtig für die Zulassung zum IBLCE-Examen)

a) Anzahl der Berufsjahre in der Arbeit mit Mutter und Kind:

.....
.....
.....
.....

b) Anstellungsverhältnis – Vollzeit, Teilzeit (%), seit wann):

.....
.....

2. Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Motivation zur Teilnahme am Ausbildungslehrgang:

.....
.....
.....

3. Welche Erfahrungen in der Stillberatung haben Sie?

.....
.....
.....

4. Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Ausbildung?

.....
.....

5. Welche Vorstellungen haben Sie von Ihrer Stillberatungstätigkeit nach abgeschlossener Zusatzqualifikation und bestandenem IBLCE-Examen?

.....
.....
.....
.....

Datum: Unterschrift: