**Terapia Behawioralna dzieci i młodzieży z autyzmem**

 **i niepełnosprawnością intelektualną**

 **Szkolenie Bazowe Stosowanej Analizy Zachowania w teorii i w praktyce**

 **w Niepublicznym Przedszkolu Aleksandra**

**Terminy spotkań: I moduł 5-7.01.2024r.**

 **II moduł 2-4.02.2024r.**

KARTA ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE

* Imię i nazwisko uczestnika:.......................................................................................................
* Dane do rachunku za szkolenie:..................................................................................................

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

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

* Adres e-mail uczestnika:.............................................................................................................
* Numer telefonu kontaktowego do uczestnika:.............................................................................
* Imię i nazwisko osoby zgłaszającej:............................................................................................
* Adres e-mail osoby zgłaszającej:.................................................................................................
* Adres e-mail na który zostanie przesłana faktura za szkolenie:.................................... …...........................................................................................................................................
* Opłata za szkolenie ............... PLN od osoby zostanie uiszczona
* przelewem\*

\*niepotrzebne skreślić

 ..................……….................................

 podpis uczestnika szkolenia