|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Logo_NVKT_6cm | | In te vullen door de accreditatiecommissie  Punten:  Nummer:  Antroposofisch Medisch/  Vrije Ruimte | |
| **Aanvraag accreditatie van scholing** | | | |
| **Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen.**  **Gelieve geen bijlagen mee te sturen.**  **Houd rekening met een behandeltermijn van twee tot drie weken.** | | | |
| Bent u aanbieder of deelnemer? |  | | |
| Als u een aanbieder bent, heeft u al eerder bijscholingen verzorgd?  Indien ja, graag onder aan het formulier nog enkele vragen beantwoorden. |  | | |
| Naam |  | | |
| E-mailadres |  | | |
| Datum aanvraag |  | | |
| Naam van de scholing |  | | |
| 1-daagse / meerdaagse scholing |  | | |
| Docent / Instituut |  | | |
| Plaats van scholing |  | | |
| Jaar + exacte datum / data |  | | |
| (Hele) uren per dag; +begin- en eindtijd (bv 6 uur; 10u-17u) |  | | |
| *Uren, te weten effectieve contacturen, zonder pauze, voorbereidingstijd etc.* | | | |
| Theorie, TOTAAL aantal uren | | |  |
| Kunstzinnige activiteit, TOTAAL aantal uren | | |  |
| Betreft het een antroposofische scholing? | | |  |
| **Inhoud** | | | |
| *Korte beschrijving van* ***werkvormen*** *en* ***inhoud*** *van de scholing met leerdoelen:* | | | |
| **Motivatie**  *Graag invullen waarom deze cursus zinvol is voor je werk als kunstzinnig therapeut* | | | |
| **Vragen m.b.t. het evaluatieformulier:**   * *Heb jij bij een eerdere nascholing aan de deelnemers een evaluatieformulier uitgedeeld?* * *Heb je op basis van de feedback iets in de huidige cursus veranderd of verbeterd?* * *Hoe heb je de feedback verwerkt? En: had de verandering betrekking op vorm, inhoud, of didactiek?* | | | |
| Alleen volledig ingevulde formulieren opsturen per mail naar: [accreditatiecommissie@kunstzinnigetherapie.nl](mailto:accreditatiecommissie@kunstzinnigetherapie.nl?subject=Aanvraag%20accreditatie%20van%20scholing) | | | |