



DICKERHOF
EMMENBRÜCKE

Aufnahmegergesuch Med. Masseur/in FA

| | | | | | |
|---|---|---|---|----|-----|
| Ausbildungsvariante: | Individuell Teilzeit März 2026 (MM18) | Vollzeit August 2026 (Z40) Teilzeit August 2026 (MM19) | | | |
| Vorname | Nachname | | | | |
| Strasse / Hausnummer | | | | | |
| PLZ / Ort | | | | | |
| Geburtsdatum | Telefonnummer | AHV-Nummer | | | |
| Heimatort | Nationalität | E-Mail | | | |
| Angaben zur absolvierten Erstausbildung (EFZ / Matura) | | | | | |
| Beruf | | | | | |
| Dauer | | | | | |
| Beruf heute | | | | | |
| Gibt es Anmerkungen zu Ihrem Gesundheitszustand | | | | | |
| Fühlen Sie sich den Anforderungen der Ausbildung im physischen sowie im psychischen Bereich gewachsen? Ja Ich wünsche ein Gespräch mit der Schulleitung bezüglich meines Gesundheitszustandes. | | | | | |
| Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Berufsmotivation und mögliche Ziele nach Ausbildungsabschluss | | | | | |
| | | | | | |
| Regelung zur Übernahme der Ausbildungskosten | | | | | |
| Übernahme durch die IV möglich (Umschulung) Andere: | | Selbsttragend Stipendienantrag wird gestellt | | | |
| Der Anmeldung sind beizulegen: | | | | | |
| Abschlussdiplom (EFZ / oder Matura) Pass- / Portraitfoto (bitte in elektronischer Form an Céline Schmidli: c.schmidli@dickerhof.ch) | | | | | |
| T-Shirt Grösse | S | M | L | XL | 2XL |
| Das Aufnahmegergesuch wird von der Schulleitung geprüft. Bei Aufnahme in die Ausbildung erhalten Sie eine Ausbildungsvereinbarung (Anmeldung zum Med. Masseur/In und Vorbereitung auf die Berufsprüfung zum Med. Masseur/In mit eidg. Fachausweis) und das dazugehörige Reglement. Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihnen die Zulassungsbedingungen zur Berufsprüfung Med. Masseur/In FA bekannt sind. | | | | | |
| Ort, Datum | Unterschrift Anmeldung nur mit handschriftlicher oder digitaler Unterschrift gültig | | | | |