



Institut für Psychoanalyse
und Psychotherapie
Düsseldorf e.V.

in Zusammenarbeit mit der Klinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Universität Düsseldorf

Abteilung Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Institut für Psychoanalyse und
Psychotherapie Düsseldorf e.V.
Freiligrathstr. 13
40479 Düsseldorf

A n m e l d u n g

zur Ausbildung in Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Familienstand/
Anzahl der Kinder: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr. _____ e-mail: _____

Staatsprüfung/Examen am: _____

Berufstätigkeit (speziell bisherige berufliche Tätigkeit mit Kindern): _____

Jetzt tätig (Adresse): _____

_____ Tel.-Nr. _____

Datum: _____

Unterschrift