|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VIGTIGT!  Sådan udfyldes skemaet:**  Alle ønskede informationer, hvor der vises en rød stjerne **\*** skal udfyldes.  **Foto \***  I feltet til højre for dette felt indsættes et vellignende portrætfoto  Fotoet skal helst have en høj opløsning og formindskes til ca. 3 x 5 cm.  **Kontakt** v**ed spørgsmål**  SIKON Projektleder  Maria Frostholm Wallbridge  Mail :  [mariaf@autismeforening.dk](mailto:mariaf@autismeforening.dk) Tlf. nr. **:** 6131 3199 | | | Hvis dette ikke kan lade sig gøre, så vedhæft venligst dit portrætfoto i selve mailen  I stedet for. | |
| Kontaktinformationer | | | | |
| Kontaktinformationer | Uddybning | Udfyld felterne nedenfor | | |
| Navn \* | Både for- og efternavne |  | | |
| Adresse \* | Vejnavn, hus nr., evt. sal th/ve |  | | |
| Postnummer \* | Ex. 2720, hvis du bor i Vanløse |  | |  |
| By \* |  |  | | |
| Land \* | Ok at skriv DK, hvis Danmark |  | | |
|  | | | | |
| Mailadresse \* | Privat |  | | |
| Telefonnummer \* | Privat |  | |  |
| Mailadresse | Arbejde |  | | |
| Telefonnummer | Arbejde |  | |  |
| Website | Arbejde |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Din baggrund | |
| Uddannelse \* |  |
| 2. relevant erfaring \* |  |
| Nuværende stilling \* |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Evt. Medoplægsholder / Ledsager for personer med autisme | | | | | |
| Kontaktinformationer | Uddybning | | Udfyld felterne nedenfor | | |
| Funktion under SIKON | Skriv oplægsholder eller ledsager | |  | | |
| Navn | Både for- og efternavne | |  | | |
| Adresse | Vejnavn, hus nr., evt. sal th/ve | |  | | |
| Postnummer | Ex. 2720, hvis du bor i Vanløse | |  | |  |
| By |  | |  | | |
| Land | Ok at skriv DK, hvis Danmark | |  | | |
|  | | | | | |
| Mailadresse | Privat | |  | | |
| Telefonnummer | Privat | |  | |  |
|  | | | | | |
| Uddannelse |  | | | | |
| Nuværende stilling |  | | | | |
| Oplægget | | | | | |
| **Titel** \* | | | | | |
| **Oplæggets form** \* | Sæt kryds **X** |  | Oplæg | | **Evt. bemærk:** |
|  | Foredrag | |
|  | Workshop | |
|  | Andet | |
|  | **Målgruppe** \* | | Sæt kryds **X** |  | Fagpersoner |
|  | Autister/ Personer med ASF |
|  | Forældre/ Pårørende |
|  | Andet |
| Fri tekst omkring dit oplæg i feltet nedenfor (max. 500 0rd) \* | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Evt. ønsker / behov i forbindelse med afholdelse af dit oplæg | | | | | |
| Emne | Uddybning |  | |  | |
| Refusion transport \* | Oplys transportmiddel og antal kilometer tur/retur |  | | km. | |
| Overnatning hotel \* | Sæt kryds **X** | **Søndag -> mandag** |  | **Mandag-> tirsdag** |  |
| Specielle behov \* | Forplejning, stillerum, tidspunkt for oplæg etc.  – ellers skriv ’Ingen’ |  | | | |