



## Anmeldung für den Therapiehundekurs

### Hundehalter/in

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon P \_\_\_\_\_ Telefon G \_\_\_\_\_  
Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Hund

Rasse \_\_\_\_\_ Rufname \_\_\_\_\_  
Wurfdatum \_\_\_\_\_  
SHSB-Nr. \_\_\_\_\_ Mikrochip-Nr. \_\_\_\_\_  
Geschlecht 

Rüde	<input type="checkbox"/>	Hündin	<input type="checkbox"/>	unkastriert	<input type="checkbox"/>	kastriert	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	--------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------	--------------------------

### Ausbildung

Welpenspielstunden  wo? \_\_\_\_\_  
Grundausbildung  wo? \_\_\_\_\_  
Fortbildung  wo? \_\_\_\_\_  
Hundesport 

BH I	<input type="checkbox"/>	BH II	<input type="checkbox"/>	SanH I	<input type="checkbox"/>	SanH II	<input type="checkbox"/>
Mobility	<input type="checkbox"/>	Agility	<input type="checkbox"/>	Obedience	<input type="checkbox"/>		
andere: _____							

### Mitgliedschaften

Kynologischer Verein: \_\_\_\_\_  
Rasseclub: \_\_\_\_\_  
Andere Hundeklubs: \_\_\_\_\_

### Erklärung

**Ich habe von den Kurskosten sowie vom Ausbildungs- und Trainingsprogramm für Therapiehunde Kenntnis genommen und erkläre mich bereit, daran teilzunehmen. Ich verpflichte mich, an möglichst allen Theoriestunden und Trainings teilzunehmen. Nach erfolgreicher Ausbildung bin ich bereit, regelmässige und unentgeltliche Einsätze mit meinem Therapiehund zu leisten.**

### Unterschrift

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_



## Anmeldung für den Therapiehundekurs

### Hundehalter/in

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon P \_\_\_\_\_ Telefon G \_\_\_\_\_  
Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Hund

Rasse \_\_\_\_\_ Rufname \_\_\_\_\_  
Wurfdatum \_\_\_\_\_  
SHSB-Nr. \_\_\_\_\_ Mikrochip-Nr. \_\_\_\_\_  
Geschlecht 

Rüde	<input type="checkbox"/>	Hündin	<input type="checkbox"/>	unkastriert	<input type="checkbox"/>	kastriert	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	--------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------	--------------------------

### Ausbildung

Welpenspielstunden  wo? \_\_\_\_\_  
Grundausbildung  wo? \_\_\_\_\_  
Fortbildung  wo? \_\_\_\_\_  
Hundesport 

BH I	<input type="checkbox"/>	BH II	<input type="checkbox"/>	SanH I	<input type="checkbox"/>	SanH II	<input type="checkbox"/>
Mobility	<input type="checkbox"/>	Agility	<input type="checkbox"/>	Obedience	<input type="checkbox"/>		
andere: _____							

### Mitgliedschaften

Kynologischer Verein: \_\_\_\_\_  
Rasseclub: \_\_\_\_\_  
Andere Hundeklubs: \_\_\_\_\_

### Erklärung

**Ich habe von den Kurskosten sowie vom Ausbildungs- und Trainingsprogramm für Therapiehunde Kenntnis genommen und erkläre mich bereit, daran teilzunehmen. Ich verpflichte mich, an möglichst allen Theoriestunden und Trainings teilzunehmen. Nach erfolgreicher Ausbildung bin ich bereit, regelmässige und unentgeltliche Einsätze mit meinem Therapiehund zu leisten.**

### Unterschrift

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_