

**Antrag auf Kostenübernahme für eine
Schulungsmaßnahme von pädagogischen Fachkräften zum Thema „Umgang mit Diabetes Typ 1“**

| | |
|---|--|
| Vorname des Kindes: | |
| Nachname des Kindes: | |
| Geburtsdatum: | |
| Vor- und Nachname eines Erziehungsberechtigten: | |
| Straße / Hausnummer: | |
| Postleitzahl / Stadt: | |
| Telefonnummer: | |

| | |
|--|---|
| Name der kinderdiabetologischen Ambulanz/Praxis: | |
| Ansprechpartner/-in: | |
| Diabetes besteht seit (Monat/Jahr): | |
| Therapieform (bitte ankreuzen): | <input type="checkbox"/> intensiviert Insulintherapie <input type="checkbox"/> Pumpentherapie |

| | |
|--|---|
| Name der Kita bzw. Schule: | |
| Anschrift und Tel. der Kita bzw. Schule: | |
| Ansprechpartner/-in: | |
| Anlass der Schulungsmaßnahme: | <input type="checkbox"/> Erstbesuch Kita bzw. Schule <input type="checkbox"/> Neuerkrankung <input type="checkbox"/> Therapieumstellung <input type="checkbox"/> Wechsel der pädagogischen Betreuungspersonen <input type="checkbox"/> Kita- bzw. Schulwechsel <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Datenschutzerklärung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass unsere persönlichen Daten (Name, Adresse, Tel.Nr., Email, Alter des Kindes sowie ggf. weitere für die Maßnahme relevante Daten) in der Koordinierungsstelle gespeichert und unter den involvierten Personen ausgetauscht werden dürfen. Ich kann diese Zustimmung jederzeit über Email schule@prokid-herdecke.de rückgängig machen.

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Bitte nur an eine dieser Adressen schicken:

Koordinierungsstelle DiabSchule NRW, Pro Kid e.V., Altes Feld 35, 58313 Herdecke, Email schule@prokid-herdecke.de oder Fax: 02302-9642709

Bei Rückfragen dazu wenden Sie sich gerne an Herrn Disselnkötter Handy: 0800-9646526