

Antrag auf Kostenübernahme für die Klassenfahrtbegleitung eines Kindes mit Diabetes Typ 1

(bitte beachten Sie die „Rahmenbedingungen zur Durchführung von Klassenfahrtbegleitungen“)

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

Name der zuständigen kinderdiabetologischen Ambulanz/Praxis, die am Projekt DiabSchule NRW teilnimmt:	
Ansprechpartner/-in:	
Diabetes besteht seit (Monat/Jahr):
Therapieform (bitte ankreuzen):	<input type="checkbox"/> intensivierte Insulintherapie <input type="checkbox"/> Pumpentherapie

Name der Schule:	
Anschrift der Schule:	
Ansprechpartner/-in:	
Name und Anschrift der Klassenfahrtbegleitung	

_____ 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 der Adressen schicken:

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