

Antrag auf Kostenübernahme für die **Klassenfahrtbegleitung** eines Kindes mit Diabetes Typ 1 (vermittelt durch Pro Kid e.V.)

(bitte beachten Sie die „neuen Rahmenbedingungen zur Durchführung von Klassenfahrtbegleitungen, Stand 1.01.2025“)

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

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

Name und Kontaktdaten 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

Es werden pro Tag 150€ an die Begleitperson finanziert, die Unterkunft und Fahrtkosten bedürfen einer anderweitigen Finanzierung!

Bitte nur an eine der Adressen schicken:

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

Bei Rückfragen wenden Sie sich an das Sekretariat von Pro Kid, schule@prokid-herdecke.de oder die Praxis Dr. Hilgard

Pro Kid e.V., 10.02.25, Dok 11, Formular 3 Antrag Klassenfahrtbegleitung neu Pro Kid 1.2025, Dr. D. Hilgard