Antrag auf Kostenübernahme für eine
Schulungsmaßnahme von pädagogischen Fachkräften zum Thema „Umgang mit Diabetes Typ 1“
An Pro Kid e.V./Praxis Dr. Hilgard **(neu)**

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

Name der kinderdiabetologischen Praxis:	**Dr. Dörte Hilgard/Pro Kid e.V.**
Ansprechpartner/-in:	
Diabetes besteht seit (Monat/Jahr): Therapieform (bitte ankreuzen):	…… ☐ intensiviert Insulintherapie ☐ Pumpentherapie

Name der Kita bzw. Schule:	
Anschrift und Tel. der Kita bzw. Schule:	
Ansprechpartner/-in:	
Anlass der Schulungsmaßnahme:	☐ Erstbesuch Kita bzw. Schule ☐ Neuerkrankung ☐ Therapieumstellung ☐ Wechsel der pädagogischen Betreuungspersonen ☐ Kita- bzw. Schulwechsel ☐ 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 <u>nur</u> an <u>eine</u> dieser Adressen schicken:
Pro Kid e.V., Altes Feld 35, 58313 Herdecke, Email schule@prokid-herdecke.de oder Fax: 02302-9642709

Bei Rückfragen, Beratungsbedarf wenden Sie sich gerne an Herrn Disselnkötter Handy: 0176-84140872