*Bitte Rücksenden an:*

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Dr. med. Karsten Milek

Dr. Susanne Milek, Koordinatorin

**KiDS-KURS 2018**

An der Pforte 5

06679 Hohenmölsen

**ANMELDUNG als Betreuer zum 27. KiDS - KURS**

**06. Juli bis 21. Juli 2018**

14-tägiger „Behandlungs- und Schulungskurs

für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ-1“

Liebe Bewerber,

der KiDS-KURS bedarf einer rechtzeitigen und gründlichen Planung. Deshalb versuchen wir, möglichst früh auch das Betreuerteam zusammen zu stellen und viele Informationen bereits bei der Anmeldung zu erfassen. Das sollte uns dann helfen, die Einsätze der Betreuer gezielt zu planen und vielleicht besondere Talente und Interessen auch schon für die erlebnisreichen KiDS-Kurse-Tage einzuplanen.

Selbstverständlich werden die Angaben streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie dienen ausschließlich zur Durchführung des Kurses (Bedarfsplanung, Zusammensetzung der Gruppen und Betreuer).

**Persönliche Angaben:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Straße . Hausnummer |  |
| PLZ . Ort |  |
| Geburtstag |  |
| Geschlecht |  |
| T-Shirt Größe |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon \_ privat |  |
| Telefon \_ dienstlich |  |
| Telefon \_ mobil |  |
| e-Mail-Adresse |  |

**Angaben über Teilnahme an bisherigen KiDS-Kursen (wenn erfolgt)**

|  |  |
| --- | --- |
| Teilnahmejahre |  |
| Funktion |  |

**Aktuelle Tätigkeit (Beruf, Studium oder Ausbildung)**

|  |  |
| --- | --- |
| Tätigkeit |  |
| Arbeitsstätte |  |

**Angaben über Erfahrungen mit Kindern/ Jugendlichen**

|  |
| --- |
|  |

**Besonderheiten, Informationen, Anmerkungen**

|  |
| --- |
|  |

Hiermit melde ich mich verbindlich zum KiDS-Kurs 2018 an.

Ort, Datum Unterschrift