

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**  
**ΠΑΙΔΙΟΥ/ΕΒΗΦΟΥ με ΣΔΤ1**

**Στον 7ο κύκλο Βιωματικών Σεμιναρίων της ΠΕΑΝΔ**

...../...../2019

Έχω λάβει γνώση των προϋποθέσεων συμμετοχής στον 7<sup>ο</sup> κύκλο Βιωματικών Σεμιναρίων που θα πραγματοποιηθούν από το σύλλογο της «Π.Ε.Α.Ν.Δ.». Είμαι γονέας του/της ..... που έχει ηλικία .....και αποδέχομαι τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα **Παιδιών/Εφήβων με ΣΔτ1** που αφορά το **Βιωματικό σεμινάριο** το οποίο έχει διάρκεια 20 Ωρών και θα υλοποιηθεί το διάστημα από 14/12/19 έως 4/4/20. Τέλος δηλώνω ότι το παιδί μου θα συμμετέχει κατά τη διάρκεια του προγράμματος σε ερωτηματολόγια που θα μου ζητηθούν από την επιστημονική ομάδα, τα οποία αποσκοπούν αποκλειστικά στην αξιολόγηση της δράσης καθώς και στη βελτίωση των συνθηκών αντιμετώπισης και ρύθμισης του διαβήτη

**Ατομικά Στοιχεία**

Όνοματεπώνυμο γονέα/ων:

.....

Όνοματεπώνυμο παιδιού με Διαβήτη:

.....

Ημερομηνία γέννησης παιδιού:

.....

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

.....

Κινητό:

.....

E-mail:

.....

Ο/Η Αιτών/ούσα

Υπογραφή Γονέα