

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**  
**ΠΑΙΔΙΟΥ με ΣΔτ1 / ΓΟΝΕΑ**

Στο 12<sup>ο</sup> κύκλο Βιωματικών Σεμιναρίων της ΠΕΑΝΔ

...../...../2024

Έχω λάβει γνώση των προϋποθέσεων συμμετοχής στο 12<sup>ο</sup> κύκλο Βιωματικών Σεμιναρίων που θα πραγματοποιηθούν από το σύλλογο της «Π.Ε.Α.Ν.Δ.».

*(Το παρακάτω κείμενο συμπληρώνεται, μόνο αν πρόκειται να συμμετέχει το παιδί με ΣΔτ1)*

- 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 12 Ωρών και θα υλοποιηθεί το διάστημα από 14/12 έως 08/02/24. 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.

Στο παραπάνω πρόγραμμα, θα συμμετέχει στην **αντίστοιχη ομάδα γονέων** (κυκλώστε ότι ισχύει):

- Ο ένας γονέας
- Και οι δύο γονείς
- Κανένας γονέας

**Ατομικά Στοιχεία Γονέα** (σημειώστε τα στοιχεία των συμμετεχόντων γονέων ή σε περίπτωση που θα συμμετάσχει μόνο το παιδί, σημειώστε μόνο τα στοιχεία του ενός γονέα)

Όνοματεπώνυμο γονέα/ων:

.....

Όνοματεπώνυμο παιδιού με Διαβήτη:

.....

Ημερομηνία γέννησης παιδιού:

.....

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

.....

Κινητό:

.....

E-mail:

.....

Ο/Η Αιτών/ούσα

Υπογραφή Γονέων/α που  
αιτούνται τη συμμετοχή