



Kurssipaikka ja aika

22.-24.3.2024 Härmän Kuntokeskus

**Hakemus Tyypin 1 diabetesta sairastavien lasten
ja isovanhempien /aikuisten lähiomaisten
vertaiskursseille**

HAKIJA	Diabeetikolapsen sukunimi, etunimet ja henkilötunnus (alleiviivaa puhuttelunimi)		
	Vanhemman nimi		Vanhemman/huoltajan sähköpostiosoite
	Lähiosoite		Vanhemman/huoltajan puh. numero
	Postinumero	Postitoimipaikka	Vakinainen asuinkunta
	Lapsen ruoka-aineallergiat		
LAPSEN MUKANA OSALLISTUVAN/ OSALLISTUVIEN AIKUISEN TIEDOT	Sukunimi		Etunimi ja ikä vuosina
	Lähiosoite		Postinumero ja postitoimipaikka
	Puhelinnumero/sähköpostiosoite (jos on)		Suhde lapseen
	Ruoka-aineallergiat		
	Sukunimi		Etunimi ja ikä vuosina
	Lähiosoite		Postinumero ja postitoimipaikka
	Puhelinnumero/sähköpostiosoite (jos on)		Suhde lapseen
	Ruoka-aineallergiat		
AIKAISEMPI KUNTOUTUS	Onko lapsi osallistunut aikaisemmin sopeutusvalmennus- /vertaiskursseille?		
	Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> , milloin, mille kurssille ja kurssin järjestäjä?		
	Diabetekseen sairastumisvuosi		

Käännä ->

Lapsen sairautta koskevat tiedot	Muu/muita sairauksia	Sairastumisaika
<p>Diabeetikolapsen säännöllinen lääkitys/insuliinit, annokset ja ottoajat:</p> <p>Huom! Tuokaa lisäksi kurssille mukaan kirjallisesti lapsen viimeisin lääkitys ja insuliiniherkkyys.</p>		

<p>Lapsen odotukset kurssilta:</p>

<p>Isovanhempien/aikuisten läheisten odotukset kurssilta? Mihin asioihin haluaisitte tietoa ja vastauksia <u>asiantuntijoiltamme</u> kurssiviikonlopun aikana?</p>

<p>Lääkäriltä:</p>

<p>Diabeteshoitajalta:</p>

<p>Ravitsemusterapeutilta:</p>

Paikka ja aika	Huoltajan allekirjoitus
----------------	--------------------------------

<p>Tiedustelut ja lisätietoja kurssista: Järjestötalon toiminnanjohtaja Miisa Lamminen p. 040 544 2678 miisa.lamminen@jtal.fi. Kurssihakemus lähetetään 19.2.2024. mennessä osoitteeseen: Järjestötalo, Miisa Lamminen, Kalevankatu 2, 3. krs 60100 Seinäjoki. Kuoreen tunnus "kurssihakemus". Muistathan allekirjoittaa hakemuksen!</p>
--