|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gutscheinanforderung für Tagespflegepersonen**  **Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen**  **für Kinder** | | Logo-UK-NRW untereinander  Ihre Ansprechpartner:  **Ruth Niedzwitz**  **Jutta Hebing Andrea Kleiman**  **Peter Schütte**  erstehilfe@unfallkasse-nrw.de Telefon 0251 2102-3125  Telefax 0251 2102-3351 | |
| Unfallkasse NRW  Regionaldirektion Westfalen-Lippe  Hauptabteilung Prävention  Postfach 59 67  48135 Münster | |
| Mitgliedsnummer (falls bekannt) |  | |
| Name des Betriebs**\*** |  | |
| Abteilung/Fachbereich**\*** |  | |
| Straße, PLZ, Ort**\*** |  | |
| Ansprechpartner/in**\*** |  | |
| Telefon**\***/E-Mail**\*** |  | |
|  | | |

**Mit \* gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gutscheingewährung für anerkannte Tagespflegepersonen** | |
| ***Wichtig: Die Kosten für die Erste-Hilfe-Ausbildung zur Erlangung der Pflegeerlaubnis werden von der Unfallkasse NRW NICHT übernommen.  Die Gutscheine werden von den Jugendämtern beantragt!*** | |
| *Gesamtzahl der bei Ihnen gemeldeten Tagespflegepersonen****\**** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Anzahl der benötigten Gutscheine* (9 Unterrichtseinheiten alle 2 Jahre)** |
| ***Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungs-***  ***einrichtungen für Kinder*** | **Einzelgutschein(e)** |
| **Sammelgutschein       Personenzahl** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Datum des geplanten Lehrgangs****\*****:* |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum***\**** |  | Unterschrift (entfällt online!) |