

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an uns zurück.  
Gerne auch per E-Mail.



E-Mail: [erste-hilfe@guv-oldenburg.de](mailto:erste-hilfe@guv-oldenburg.de)

Absender:

GUV Oldenburg  
Fachbereich Prävention  
Gartenstraße 9  
26122 Oldenburg

<b>Name der Schule:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>PLZ/Ort:</b>	
<b>Ansprechperson:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Tel.:</b>	

**Antrag auf Kostenübernahme** (pro Schule ein Antrag)  
**„Erste-Hilfe-Schulung in Schulen“**

<b>Festangestellte Mitarbeiter/-innen der Schule</b>	<b>Gesamtzahl</b>
<i>(z. B. Lehrkräfte, pädagogische Mitarbeiter/ -innen, Schulsozialarbeiter/ -innen, Schulassistent/ -innen, Sekretär/ -innen, Hausmeister/ -innen sowie pädagogische Betreuungskräfte aus dem Bereich „Offener Ganztag“)</i>	

<b>Zu schulende Mitarbeiter/- innen der Schule</b>	<b>Anzahl</b>
Fest und unbefristet beim Land Niedersachsen bzw. bei der Mitgliedskommune angestellte Mitarbeiter/ - innen: <i>Hinweis: Ausgenommen pädagogische Betreuungskräfte aus dem Bereich „Offener Ganztag“</i>	
Pädagogische Betreuungskräfte aus dem Bereich „Offener Ganztag“ <i>Hinweis: Bitte Kooperationspartner/innen angeben:</i>	
Bundesfreiwilligendienstler/ -innen: <i>Hinweis: Eine Beantragung ist nur möglich, wenn diese nach der Erste-Hilfe-Schulung noch mindestens 6 Monate in Ihrer Schule beschäftigt sind.</i>	

**Bitte beachten Sie:**

**Die Kosten für Referendare & Referendarinnen, Honorarkräfte, Integrationshelfende und Schüler/ -innen können nicht übernommen werden.**

Der Kurs wird durchgeführt von: <input type="checkbox"/> JUH <input type="checkbox"/> DRK <input type="checkbox"/> MHD <input type="checkbox"/> DLRG <input type="checkbox"/> ASB  <input type="checkbox"/> Andere ermächtigte Stelle <i>(bitte vollständige Adresse angeben):</i>		Kurstermin (falls bereits bekannt):
Ort, Datum:	Unterschrift (Schulleitung oder beauftragte Person der Schule):	