

Formularz potrzeb szczególnych

NUMER USŁUGI:

NAZWA USŁUGI:

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA:

TERMIN USŁUGI:

Rodzaj potrzeb:

(Proszę podkreślić odpowiednie opcje)

Ograniczona możliwość poruszania się (wózek)

Ograniczona możliwość poruszania się (kule)

Niewidomy/a

Słabowidzący/a

Głuchy/a

Słabosłyszący/a

W kryzysie psychicznym

Niepełnosprawność intelektualna

Osoba ze spektrum autyzmu

Ograniczone możliwości poznawcze

Osoba starsza

Przewlekła choroba

Opieka nad małymi dziećmi (wózki dziecięce)

Ograniczony wzrost (również dziecko)

Kobieta w ciąży

Dodatkowe uwagi co do potrzeb (proszę opisać)

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie formularza. Twoje informacje będą traktowane jako poufne i wykorzystane wyłącznie w celu dostosowania naszych usług lub wydarzeń do Twoich potrzeb. Skontaktujemy się z Tobą w celu omówienia szczegółów i zapewnienia odpowiedniego wsparcia.

.....
Podpis uczestnika szkolenia