**Kwestionariusz zgłoszeniowy**

**Projekt "Centrum Wspomagania Niepełnosprawnych"**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestnika | *Należy wypełnić wszystkie rubryki* |
| Data urodzenia |   |
| PESEL |  |
| Adres zamieszkania, nr kontaktowy  |  |
| Nr orzeczenia o niepełnosprawności |  |
| Data ważności orzeczenia |  |
| Rodzaj niepełnosprawności |  |
| Wskazanie lekarskie (wskazane rodzaje rehabilitacji) |  |
| Dotychczas podejmowane formy rehabilitacji i terapii |  |

***W przypadku osób niepełnoletnich kwestionariusz wypełnia rodzic/opiekun prawny.***

*Projekt finansowany przez:*

*Urząd Miasta Tczew*

****