



Regionalna Fundacja
Pomocy Niewidomym



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Specjalny Ośrodek
Szkolno-Wychowawczy Ziemięcice

Realizacja zadania współfinansowana ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: „**Małymi krokami ku samodzielności - kompleksowa rehabilitacja dzieci i młodzieży do lat 24 ze sprzężoną niepełnosprawnością**” z terenu województwa śląskiego na podstawie umowy nr ZZO/000316/12/D

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY BENEFICJENTA DO PROJEKTU

DANE OSOBOWE BENEFICJENTA:

Imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia

Telefon

Adres zamieszkania (ulica)

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod

Województwo

CHARAKTERYSTYKA BENEFICJENTA:

stopień niepełnosprawności:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności |
| <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności |

rodzaj niepełnosprawności:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> autyzm | <input type="checkbox"/> narząd wzroku |
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> narząd słuchu |
| <input type="checkbox"/> narząd ruchu | <input type="checkbox"/> ogólny stan zdrowia |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> niepełnosprawność sprzężona |
| <input type="checkbox"/> inne przyczyny | |

wykształcenie:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Przed obowiązkiem szkolnym | <input type="checkbox"/> podstawowe |
| <input type="checkbox"/> Zajęcia rewalidacyjne | <input type="checkbox"/> niepełne podstawowe |

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis rodzica lub opiekuna