



780 645 720



dcn nadzieja@gmail.com



Włocławska 169b, 87-100 Toruń

Tytuł projektu: Siła możliwości w Dziecięcym Centrum Nadzieja

Projekt realizowany dzięki dofinansowaniu ze środków dofinansowaniu **PFRON**

Wypełnia rodzic/opiekun prawny

Dane uczestnika:

Imię i nazwisko:

Telefon:

Wiek:

Adres:

Powiat:

Województwo:

Kryteria warunkujące udział w projekcie – należy zaznaczyć właściwe TAK NIE

1. Moje dziecko jest w przedziale wiekowym 0-16 lat? **TAK NIE**
2. Moje dziecko jest mieszkańcem województwa kujawsko-pomorskiego? **TAK NIE**
3. Moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności? **TAK NIE**



PFRON



780 645 720



dcn nadzieja@gmail.com



Włocławska 169b, 87-100 Toruń

Pytania dodatkowe

1. Jakie jest główne schorzenie dziecka?

.....

.....

.....

.....

.....

2. Jakiego rodzaju wsparcia/rodzaju terapii dziecko potrzebuje?

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy są jakieś przeciwwskazania do terapii?

.....

.....

.....

.....

.....

4. Czy korzystają Państwo ze wsparcia w innych placówkach? Jeśli tak to jakiego?



780 645 720



dcnadziej@gmail.com



Włocławska 169b, 87-100 Toruń

5. Czy korzystają Państwo ze wsparcia oferowanego przez PFRON? Jeśli tak to w jakich projektach oraz z jakich form wsparcia?

6. Inne istotne informacje

7. Dyspozycyjność

Prosimy o zaznaczenie krzyżykiem wszystkich możliwych godzin dyspozycyjności, na tej podstawie zostanie ustalony plan terapii.

[illegible]



PFRON



780 645 720



dcn nadzieja@gmail.com



Włocławska 169b, 87-100 Toruń

Środa										
Czwartek										
Piątek										

Załączniki:

Do formularza dołączam:

- Orzeczenie o niepełnosprawności **TAK NIE**

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane przeze mnie w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie są zgodne z prawdą.

Data i

miejsowość:.....

.....

Czytelny podpis osoby wypełniającej

formularz:.....