| **PROSZĘ WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA** |
| --- |
| IMIĘ, NAZWISKO |  |
| ORGANIZACJA (FUNDACJA/STOWARZYSZENIE/PLACÓWKA OŚWIATOWA ITP.) |  |
|  GRUPA WIEKOWA | ( ) KLASY I-III( ) KLASY IV-VI ( ) 14-16 LAT( ) 17-30 LAT( ) 31-50 LAT( ) 50+  |
| RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WG ORZECZENIA LEKARSKIEGO | ( ) INTELEKTUALNA( ) FIZYCZNANIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ KOŃCZYN:( ) GÓRNYCH( ) DOLNYCH( ) SPRZĘŻONE( ) NIEWIDOMY/ SŁABOWIDZĄCY( ) NIESŁYSZĄCY/ NIEDOSŁYSZĄCY( ) AUTYZM( ) ZABURZENIA PSYCHICZNE |
| STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WG ORZECZENIA LEKARSKIEGO | ( ) LEKKI( ) UMIARKOWANY( ) ZNACZNY |
| CZY PORUSZA SIĘ PAN/PANI PRZY POMOCY: | ( ) KULE( ) WÓZEK INWALIDZKI( ) LASKA( ) CHODZIK( ) POMOC INNEJ OSOBY( ) BEZ POMOCY/ SAMODZIELNIE/ NIE POTRZEBUJE POMOCY |
| DYSCYPLINY WYBRANE |  |
| IMIĘ, NAZWISKO ORAZ TELEFON KOMÓRKOWY OPIEKUNA |  |
| MASZ PYTANIA ZADZWOŃ 606-612-583 SEWERYN SMORGA |