



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Formularz naboru do projektu „Jedność w ruchu, mowie i zmysłach”

DANE DZIECKA

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia:

Rozpoznanie/diagnoza:

Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
ważne do

Stopień niepełnosprawności: (zaznacz odpowiedni):

☐ ZNACZNY

☐ UMIARKOWANY

☐ LEKKI

☐ BRAK STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

DANE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon i e-mail:

TERAPIE

Terapia indywidualna:

Proszę określić, która terapia jest dla Państwa najważniejsza, przypisując numer od 1 do 6 (gdzie 1 oznacza najważniejszą terapię, a 6 terapię najmniej ważną):

1. Terapia ręki (soboty 8-16, piątki po godz. 18):

2. Integracja Sensoryczna (SI) (poniedziałki 13:30 – 15:30, wtorki 8-12, środy 9-13, czwartki 9-13, piątki 9-13):

3. Terapia w sali doświadczania świata (poniedziałki 15-17, wtorki 15-16, środy 15-18, czwartki 15-17, piątki 15-17):

4. Terapia mowy i komunikacji (soboty 8-19:30, wtorki 15-18):

5. Terapia pedagogiczna (czwartki i piątki 15-18:45):



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

6. Terapia psychologiczna (poniedziałki 11 i 17-20, wtorki 12:45, środy 8-12:30):

Legenda skali:

- 1 – Najważniejsza terapia
- 2 – Bardzo ważna terapia
- 3 – Ważna terapia
- 4 – Umiarkowana terapia
- 5 – Mniej ważna terapia
- 6 – Najmniej ważna terapia

Terapia grupowa:

Proszę określić, która terapia jest dla Państwa najważniejsza, przypisując numer od 1 do 3 (gdzie 1 oznacza najważniejszą terapię, a 3 terapię najmniej ważną):

- 1. Dogoterapia (wtorki 9-13):
- 2. Muzykoterapia (czwartki 12-15):
- 3. Arteterapia (soboty 10-14):

Legenda skali:

- 1 – Bardzo ważna terapia
- 2 – Ważna terapia
- 3 – Mniej ważna terapia

Aktualnie moje dziecko korzysta z terapii (podaj rodzaj, ilość godzin, miejsce terapii oraz, jeśli korzysta, z jakich rodzajów terapii):

.....
.....

Moje dziecko korzysta z rehabilitacji/terapii w ramach (zaznacz wybrane):

o NFZ

o PFRON – jeśli tak, to proszę wymienić, jakie rodzaje terapii:

.....

o Wczesne Wspomaganie Rozwoju Dziecka (WWRD) – jeżeli w Fundacji Krok po Kroku w Oławie, to proszę wymienić, jakie terapie dziecko realizuje:

.....

o Fundacje i stowarzyszenia

o Samodzielnie finansuję zajęcia rehabilitacyjne





Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

KLAUZULE INFORMACYJNE I WYMAGANE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:

Oświadczam, że wskazane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w niniejszym formularzu wyłącznie w celu obsługi zgłoszenia.

Zostałem/-am poinformowany/-a, że w dowolnym momencie mam prawo wycofać udzieloną zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych, jednak będzie to skutkowało odstąpieniem od rekrutacji ze względu na brak możliwości przeprowadzenia rekrutacji.

.....
Czytelny podpis rodzica

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA:

Data przyjęcia zgłoszenia:

Godzina przyjęcia zgłoszenia:

Numer zgłoszenia:

Czytelny Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie:

Czytelny Podpis rodzica/ opiekuna prawnego: