| **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  ( ) FIZYCZNA  NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ 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 | |