

## *Formularz potrzeb szczególnych*

NUMER USŁUGI:

NAZWA USŁUGI:

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA:

TERMIN USŁUGI:

### **Rodzaj potrzeb:**

(Proszę podkreślić odpowiednie opcje lub zaznaczyć X)

- Ograniczona możliwość poruszania się (wózek)
- Ograniczona możliwość poruszania się (kule)
- Niewidomy/a
- Słabowidzący/a
- Głuchy/a
- Słabosłyszący/a
- W kryzysie psychicznym
- Niepełnosprawność intelektualna
- Osoba ze spektrum autyzmu
- Ograniczone możliwości poznawcze
- Osoba starsza
- Przewlekła choroba
- Opieka nad małymi dziećmi (wózki dziecięce)
- Ograniczony wzrost (również dziecko)
- Kobieta w ciąży

Dodatkowe uwagi co do potrzeb (proszę opisać)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dziękujemy za wypełnienie formularza. Twoje informacje będą traktowane jako poufne i wykorzystane wyłącznie w celu dostosowania naszych usług lub wydarzeń do Twoich potrzeb. Skontaktujemy się z Tobą w celu omówienia szczegółów i zapewnienia odpowiedniego wsparcia.

.....  
Podpis uczestnika szkolenia