

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA
DO WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ
W KISIELANACH**

1. **Nazwisko i imię:**
2. **Adres zamieszkania:**
3. **Data urodzenia:**/...../.....
4. **Pesel:**
5. **Numer telefonu:**/...../.....
6. **Stopień niepełnosprawności:**
7. **Rodzaj niepełnosprawności:**
8. **Korzystanie ze sprzętu ortopedycznego i wspomagającego:**
9. **Ewentualny sposób przybycia na zajęcia do WTZ -**
10. **Status prawny kandydata:**.....
(całkowite lub częściowe ubezwłasnowolnienie)
11. **Sposób poruszania się:** chodzi samodzielnie, chodzi prowadzony pod rękę, chodzi z laską / przy balkoniku, porusza się na wózku, korzysta z wózka przy pomocy osób drugih.*
12. **Samoobsługa:** *czynności fizjologiczne:* pełna samodzielność, samodzielnie z pomocą, zgłasza potrzeby, pampersy.*
jedzenie: samodzielnie, z pomocą, karmienie tradycyjne*
inne.....
ubieranie się: pełna samodzielność, z pomocą, brak samodzielności*
sposób komunikowania się z otoczeniem: słowny – pełna zdolność, słowny - proste zdania, słowny – pojedyncze słowa, gestem, zrozumiały dla najbliższych, niezrozumiały*, inny.....
13. **Sprawność manualna:** swobodne wykonywanie czynności, ograniczone, brak sprawności*

14. Środki farmakologiczne: TAK / NIE*

jakie?.....

.....

15. Inne informacje:

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w mojej Karcie zgłoszenia uczestnictwa do Warsztatu Terapii Zajęciowej w Kisielanach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu kwalifikacji zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 roku).

.....
(podpis kandydata/rodzica/opiekuna prawnego)

* właściwe podkreślić