**ZGŁOSZENIE**

**DO WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ**

1. Imię i nazwisko kandydata................................................................................................

data urodzenia / *dzień, miesiąc, rok*/ ................................................................................

adres zamieszkania, nr tel. .................................................................................................

1. Rodzaj schorzenia, stopień upośledzenia umysłowego:

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

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

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

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

3. Stopień schorzenia /*właściwe podkreślić*/:

- wymaga stałej opieki tak nie

- doraźnie wymaga opieki tak nie

- samodzielny tak nie

1. Orzeczony stopień niepełnosprawności ........................................................................

Nr orzeczenia............................ z dnia ....................... Termin ważności............................

5. Wskazania Zespołu ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności ...............................

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

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

6. Dotychczasowe formy szkolenia / *nazwa szkoły, rok ukończenia*/ ...............................

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

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

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

1. Imię i nazwisko opiekuna/ opiekuna prawnego..........................................................

adres, nr tel......................................................................................................................

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

*/data i podpis zgłaszającego*/