INFORMACJA DODATKOWA O SPECJALNYCH POTRZEBACH UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

Imię i nazwisko: …….

Adres:……

PESEL:……..

1. Rodzaj niepełnosprawności:

☐ osoba niesłysząca

☐ osoba niewidoma

☐ osoba niepełnosprawna ruchowo

☐ inny, jaki?.....

☐ Nie dotyczy

2. Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności:

☐ specjalna dieta, jaka?.....

☐ wymagana obecność tłumacza języka migowego (tak/nie)……..

☐ konieczność stosowania przedmiotów i urządzeń wspomagających (tak/nie)…….

jakich?.....

☐ inne, jakie?.....

☐ Nie dotyczy

……

Miejscowość i data,

……

czytelny podpis uczestnika projektu/rodzica/opiekuna prawnego)