**Kwestionariusz zgłoszeniowy**

**Projekt "Wielokierunkowa terapia dziecka”**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka | *Należy wypełnić wszystkie rubryki* |
| Data urodzenia dziecka |  |
| PESEL dziecka |  |
| Adres zamieszkania dziecka |  |
| Data ważności orzeczenia o niepełnosprawności |  |
| Imię i nazwisko rodzica  |  |
| Adres zamieszkania rodzica |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Rodzaj niepełnosprawności |  |

*Projekt finansowany przez:*

******