**Kwestionariusz zgłoszeniowy**

**Projekt "Wczesne terapie”**

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

*Projekt finansowany przez:*

******