**Zgłoszenie Dziecka do udziału w projekcie „Wsparcie dla Dzieci z niepełnosprawnością w Małym Piesku Zuzi III”**

Zgłoszenie prosimy wypełnić elektronicznie i odesłać na adres biuro@MalyPiesekZuzi.pl
lub wydrukować i dostarczyć do siedziby Fundacji.

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Dziecka** |  |
| **Data urodzenia Dziecka** |  |
| **Miejsce zamieszkania Dziecka** |  |
| **Rozpoznanie** |  |
| **Główne trudności Dziecka** |  |
| **Z jakich form terapii Dziecko korzystało do tej pory?** |  |
| **Jakimi formami terapii są Państwo zainteresowani?** |  |
| **W jakich godzinach dziecko mogłoby brać udział w zajęciach?** |  |
| **Czy Dziecko wchodzi na zajęcia samo czy z Rodzicem?** |  |
| **Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna** |  |

*……………………………………………..……………………………………………………*

*Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna*