

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

Przewodnik dla osób z ASD: „Moje potrzeby- gdzie i jak je realizować?”.

Dane uczestnika/ osoby testującej:

Imię	Nazwisko	Pesel
Województwo	Powiat	Gmina
Miejscowość	Ulica	nr domu/nr lokalu
Kod pocztowy	Telefon kontaktowy/opiekuna prawnego	

Status uczestnika/osoby testującej w chwili przystąpienia do projektu:

Osoba posiadająca diagnozę ASD (autyzm lub zespół Aspergera).	TAK /NIE*
Osoba posiadająca orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub równoważne zaświadczenie lekarskie.	TAK /NIE*
Osoba posiadająca umiejętność czytania oraz elementarną umiejętność komunikowania się.	TAK /NIE*

*Zakreśl właściwe

..... MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU / OPIEKUNA PRAWNEGO
..... MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS REPREZENTANTA FUNDACJI (PREZES).