

WYWIAD Z RODZICEM / OPIEKUNEM / UCZESTNIKIEM

CZĘŚĆ PIERWSZA	Data	
Imię uczestnika: _____	Imię i nazwisko matki: _____	
Nazwisko uczestnika: _____	Imię i nazwisko ojca: _____	
Data urodzenia uczestnika: _____		
Tel. kontaktowy uczestnika: _____	Tel. Kontaktowy matki/opiekunki: _____	
Czy korzysta z telefonu samodzielnie? <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie </div>	Tel. Kontaktowy ojca/opiekuna: _____	
Adres mailowy uczestnika: _____	Adres mailowy matki/opiekuna: _____	
Czy korzysta samodzielnie z e- maila ? <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie </div>	Adres mailowy ojca/opiekuna: _____	

Inne osoby wskazane do kontaktu w sprawach uczestnika w razie konieczności 1. Stopień pokrewieństwa: _____ Imię i nazwisko: _____	Adres zamieszkania uczestnika: _____ _____ _____ Adres zamieszkania matki _____
---	--

<p>Dane kontaktowe:</p> <hr/> <hr/> <p>2. Stopień pokrewieństwa:</p> <hr/> <p>Imię i nazwisko:</p> <hr/> <p>Dane kontaktowe:</p> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <p>Adres zamieszkania ojca</p> <hr/> <hr/>
<p>Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności</p> <p>Lekki umiarkowany znaczny</p>	<p>Rodzaj niepełnosprawności:</p> <p>01-U 02-P 03-L 04-O 05-R 06-E</p> <p>07-S 08-T 09-M 10-N 11-I 12-C</p>
<p>Uczestnik posiada orzeczenie na stałe ?</p> <p>Tak Nie</p> <p>Data ważności orzeczenia: _____</p>	<p>Czy stwierdzono epilepsję?</p> <p>Tak Nie</p>
<p>Diagnoza:</p> <p>Autyzm _____</p> <p>Autyzm atypowy</p> <p>Zespół Aspergera</p> <p>Całościowe zaburzenia rozwojowe</p> <p>Inne niepełnosprawności lub schorzenia towarzyszące:</p>	<p>Czy uczestnik mówi ? Tak Nie</p> <p>Czy posługuje się alternatywnymi metodami komunikacji ?</p> <p>Tak Nie</p> <p>Jeśli tak to jakimi?</p> <hr/>

<p>Czy uczestnik jest ubezwłasnowolniony?</p> <p>Tak Nie</p> <p><input type="checkbox"/> całkowicie</p> <p><input type="checkbox"/> częściowo</p> <p><input type="checkbox"/> planowane ubezwłasnowolnienie</p>	<p>Czy uczestnik znajduje się pod opieką kuratora sądowego?</p> <p style="text-align: center;">Tak Nie</p> <p style="text-align: center;">Rodzaj kurateli:</p> <p>_____</p> <p>Imię i Nazwisko Kuratora:</p> <p>_____</p> <p>Dane kontaktowe Kuratora:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Warunki materialne rodziny:</p> <p>_____</p> <p>Czy uczestnik otrzymuje rentę socjalną?</p> <p style="text-align: center;">Tak Nie</p> <p>Czy rodzina otrzymuje świadczenia z OPS?</p> <p style="text-align: center;">Tak Nie</p> <p>Jeśli tak to jakie? _____</p>	<p>Uwagi dodatkowe:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

.....
Podpis osoby wypełniającej

