

ANKIETA ZGŁOSZENIOWA na rok 2025-2028

Prosimy o uważne przeczytanie i wypełnienie ankiety. Pozwoli to na uwzględnienie potrzeb dziecka oraz Państwa oczekiwań dotyczących jego udziału w programie.

DANE OSOBOWE DZIECKA

Imię:

Nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL:

Orzeczenie o niepełnosprawności: symbol aktualne do

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ DZIECKO

Imię:

Nazwisko:

Stopień pokrewieństwa: mama / tata / opiekun prawny / inne:

Adres:

Miejscowość (z kodem pocztowym)

ulica: nr budynku: nr mieszkania:

Telefon stacjonarny:

Telefon komórkowy:

E-mail:

- Proponowany termin spotkania w biurze Fundacji

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

podpis

KRÓTKI OPIS CHARAKTERU DZIECKA *(np. przeważający nastrój, reakcje /emocje w nowych sytuacjach, zachowania trudne, lęki, stereotypie)*

.....

.....

.....

.....

.....

ZAINTERESOWANIA DZIECKA

.....

.....

.....

PLACOWKA DYDAKTYCZNA

1) Gdzie dziecko uczęszcza na zajęcia dydaktyczne? *(nazwa i adres przedszkola /szkoły, klasa, rodzaj nauczania - placówka integracyjna / nauczanie indywidualne)*

.....

.....

.....

.....

2) Jak sobie radzi z realizacją zajęć /nauką? *(np. ciągłość uwagi, reakcja na dystraktory)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) Jak sobie radzi w kontaktach z rówieśnikami? *(np. nawiązywanie relacji, zaangażowanie w relacje, relacje z rodzeństwem)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZDROWIE

1) Z jakiego powodu dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności:

.....

.....

.....

.....

2) Z jakich form wsparcia obecnie dziecko korzysta:

a) opieka lekarzy specjalistów *(jakie specjalności, częstotliwość wizyt)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b) terapia /rehabilitacja *(jakiego rodzaju, częstotliwość spotkań)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c) reedukacja *(jakie przedmioty, częstotliwość spotkań)*

.....

.....

.....

.....

.....

OCZEKIWANIA WOBEC PROJEKTU

1) Jakie problemy dziecka wymagają obecnie pilnego wsparcia?

.....

.....

.....

.....

2) Którymi formami wsparcia w ramach projektu „Cel: samodzielność” są Państwo najbardziej zainteresowani *(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)*:

- a) hipoterapia
- b) rehabilitacja ruchowa
- c) trening społeczny w parach
- d) indywidualna terapia psychologiczna
- e) zajęcia terapeutyczne z wykorzystaniem nowych technologii
- f) terapia pedagogiczno-logopedyczna
- g) grupowe zajęcia integracyjne terapii przez sztukę
- h) arteterapia

3) Najbardziej dogodne terminy i godziny zajęć od poniedziałku do soboty włącznie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4) Jakich zmian oczekują Państwo w związku z udziałem dziecka w projekcie?

.....

.....

.....

.....