

# TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

Wrocław, dnia..... 2021 r.

## KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA DO WROCŁAWSKIEJ SZKOŁY RODZENIA dla Osób z Niepełnosprawnością

Zgłaszam uczestnictwo w:

- Wrocławskiej Szkole Rodzenia
- Warsztatach o rodzicielstwie  
we Wrocławiu, ul. Horbaczewskiego 24

\* właściwe zaznaczyć

1. IMIĘ I NAZWISKO

.....

2. TERMIN PORODU (DOT.CIĘŻARNYCH)

.....

# TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

## 3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (\*)

Niepełnosprawność narządu słuchu i/lub mowy:

.....

Niepełnosprawność narządu

wzroku: .....

Uszkodzony narząd ruchu:

.....

Przewlekłe schorzenia narządów wewnętrznych:

.....

Intelktualna stopnia

lekkiego: .....

OSOBA TOWARZYSZĄCA (IMIĘ I NAZWISKO)

.....

4. ADRES ZAMIESZKANIA

.....

5. KONTAKT

telefon:.....

e mail:.....

# TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

## KWESTIONARIUSZ

### 1. Rodzaj niepełnosprawności

Niepełnosprawność narządu słuchu i/lub mowy:

.....

Niepełnosprawność narządu

wzroku: .....

Uszkodzony narząd ruchu:

.....

Przewlekłe schorzenia narządów wewnętrznych:

.....

Intelktualna stopnia

lekkiego: .....

### 2. Używane w życiu codziennym urządzenia wspomagające

.....

.....

.....

# TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

**3. Jakiego dostosowania oczekuje Pani/Pan podczas realizacji zajęć teoretycznych**

- a) głośnego mówienia
- b) powolnego przekazywania treści
- c) stosowania pomocy optycznych
- d) tłumacza migowego
- e) dostosowania wielkości czcionki przedstawianego tekstu
- f) innej (proszę poniżej napisać jakiej)

.....  
.....

**4. Jakiego dostosowania oczekuje Pani/Pan podczas prowadzenia ćwiczeń umiejętności (nauka kąpielii dziecka, karmienia piersią i in.)**

- a) wspólnego wykonywania ćwiczeń z osobą towarzyszącą
- b) dostosowania czasu do tempa wykonywanych czynności
- c) instrukcji wykonania czynności prezentowanej na ekranie komputera, na tablicy
- d) przerw podczas wykonywania ćwiczenia
- e) tłumacza migowego
- f) innej (proszę poniżej napisać jakiej)

.....  
.....

# TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

## 5. Jakie są Pani/Pana oczekiwania związane ze Szkołą Rodzenia

.....

.....

.....

.....

.....

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w powyższym formularzu, w tym szczególnych kategorii danych osobowych dotyczących stanu zdrowia i stopnia niepełnosprawności przez Fundację „Potrafię Pomóc” na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych z Wadami Rozwojowymi z siedzibą we Wrocławiu, ul. Horbaczewskiego 24, KRS: 0000303590, NIP: 8992642928, REGON: 020747657, w celu zarejestrowania mojego zgłoszenia do udziału we wskazanym powyżej kursie. Jestem świadoma dobrowolności podania danych osobowych.

.....

(podpis uczestnika lub prawnego opiekuna)

Projekt „Wrocławska Szkoła Rodzenia dla Osób z Niepełnosprawnością” współfinansowany jest przez Gminę Wrocław [www.wroclaw.pl](http://www.wroclaw.pl). Dotyczy mieszkańców Wrocławia i jest bezpłatny. Wrocławska Szkoła Rodzenia realizowana jest we współpracy z Wydziałem Zdrowia i Spraw Społecznych UM Wrocławia ze środków Gminy Wrocław [Wroclove].