

Wrocław, dnia..... 2022 r.

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

Zgłaszam uczestnictwo w:

Wrocławskiej Szkoły Rodzenia

Warsztatach o rodzicielstwie

we Wrocławiu, ul. Horbaczewskiego 24

* właściwe zaznaczyć

1. IMIĘ I NAZWISKO

.....

2. TERMIN PORODU (DOT.CIĘŻARNYCH)

.....



Projekt "Wrocławska Szkoła Rodzenia dla Osób z Niepełnosprawnością" współfinansowany jest przez Gminę Wrocław 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]. www.wroclaw.pl

Wrocław miasto spotkań

3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (*)

Niepełnosprawność narządu słuchu i/lub mowy:

.....

Niepełnosprawność narządu wzroku:

.....

Uszkodzony narząd ruchu:

.....

Przewlekłe schorzenia narządów wewnętrznych:

.....

Intelktualna stopnia lekkiego:

.....

Rodzina dotknięta niepełnosprawnością:

.....

OSOBA TOWARZYSZĄCA (IMIĘ I NAZWISKO)

.....

4. ADRES ZAMIESZKANIA

.....

5. KONTAKT

telefon:

e mail:

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

.....

.....

.....

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 kąpieli 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)

.....
.....

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. 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]. www.wroclaw.pl