DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

ÚDAJE O DÍTĚTI

Jméno: Věk:

Příjmení:

Typ postižení: ☐ tělesné ☐ mentální ☐ kombinované Stupeň ZTP:

Diagnóza:

KONTAKTNÍ ÚDAJE

Ulice:

Město:

Telefon: PSČ:

E-mail:

1. O jaké služby máte zájem?

☐ Denní stacionář ☐ Týdenní stacionář ☐ Odlehčovací služba

☐ Odpolední (ambulantní) rehabilitace ☐ Speciální základní škola I. stupeň

☐ Víkendová ambulantní rehabilitace ☐ Speciální základní škola II. stupeň

Jiná? Jaká:

2. Potřebujete svozovou službu? ☒ ANO ☐ NE

Pokud ano, jak často? ☐ denně ☒ vyjímečně

3. Navštěvovalo již Vaše dítě podobné zařízení?

ANO – jaké a jak dlouho?

NE – z jakého důvodu?

4. Z jakého důvodu uvažujete o využívání služeb CENTRUM HÁJEK?

Umožní zlepšení zdravotního stavu dítěte ☐

Umožní návrat do zaměstnání jednoho z rodičů ☐

Umožní nám více odpočívat ☐

Jiný? Jaký:

jméno zákonného zástupce, podpis

Osobní údaje jsou zpracovávány Asociace pro pomoc handicapovaným dětem, číslo registrace 00043127.

Dotazník prosím vložte do obálky a zašlete na naši kontaktní adresu. Děkujeme.