

.....
imię nazwisko kandydata

.....
miejscowość i data

.....
adres zamieszkania kandydata

.....
kontakt telefoniczny do opiekuna

PODANIE O PRZYJĘCIE DO WTZ

Proszę o przyjęcie / imię i nazwisko kandydata / do Warsztatów Terapii Zajęciowej przy Stowarzyszeniu Pomocy Dzieciom i Młodzieży Niepełnosprawnej „Światło Nadziei” w Kościanie os. Jagiellońskie 48, w celu uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych oraz aktywizacji społecznej i zawodowej. Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem do uczestnictwa w terapii zajęciowej.

OPIS KANDYDATA :

Data i miejsce urodzenia.....

przyczyna i rodzaj niepełnosprawności

sprawność fizyczna

ukończona szkoła.....

pobyt w placówkach rehabilitacyjnych i opiekuńczych.....

.....
podpis kandydata lub opiekuna

ZAŁĄCZNIKI

- orzeczenie o niepełnosprawności / obowiązkowo/
- opinia psychologiczna
- Świadectwo/a/ ukończenia szkoły