

Karta informacyjna uczestnika Warsztatu Terapii Zajęciowej

1. Imię i nazwisko data
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania/zameldowania
..... tel.
4. Opiekun (imię, nazwisko, adres)
5. Grupa ZUS (trwała / okresowa)
6. Schorzenie podstawowe (wypełnia lekarz)
7. Schorzenia współistniejące (wypełnia lekarz)
8. Potrzeby rehabilitacyjne i opiekuńcze (np. oprzyrządowanie stanowiska)
9. Potrzeby społeczne
10. Dotychczasowa edukacja (szkoły, zawód)
11. Dotychczasowa praca (miejsce pracy, stanowisko)
12. Dodatkowe informacje

Zgoda na uczestnictwo w warsztacie terapii zajęciowej

Podpis uczestnika

Pieczęć i podpis Dyrektora
(z upoważnienia Prezesa Gaudium et Spes)

Data przyjęcia do WTZ

.....

.....

.....



Stowarzyszenie Pomocy Społecznej Gaudium et Spes

Warsztat Terapii Zajęciowej

ul. Królowej Jadwigi 81, 30-209 Kraków

tel/fax: 12 425-19-53

www.wtz81.pl wtz81@wp.pl

