



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU „REHABILITACJA 25+”

I. Dane uczestnika

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

PESEL:

II. Dane opiekuna / rodzica

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

III. Informacje o uczestniku

Czy uczestnik posiada orzeczenie o niepełnosprawności?

TAK

NIE

FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002

tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

Jeśli tak – jaki stopień:

- lekki
- umiarkowany
- znaczny

Rodzaj niepełnosprawności (opcjonalnie):

.....

IV. Status edukacyjny i zawodowy

Czy uczestnik zakończył edukację?

- TAK
- NIE

Ostatnia ukończona placówka:

.....

Czy uczestnik pracuje?

- TAK
- NIE

V. Funkcjonowanie uczestnika

Krótki opis funkcjonowania (np. samodzielność, komunikacja):

.....
.....
.....

FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002

tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

Czy uczestnik funkcjonuje w grupie?

- TAK
- Z TRUDNOŚCIAMI
- NIE

VI. Potrzeby i oczekiwania

Jakiego wsparcia wymaga uczestnik?

.....
.....

Dlaczego chcą Państwo skorzystać z programu?

.....
.....

VII. Dodatkowe informacje

Czy uczestnik korzysta z innych form wsparcia (np. ŚDS, WTZ)?

- TAK
- NIE

Jeśli tak, jakie:

.....

FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002

tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

VIII. Zgody

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji do programu „Rehabilitacja 25+”.

TAK

Podpis opiekuna:

Data:

*FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002*

*tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl*