**KARTA ZGŁOSZENIA DO WIODĄCEGO OŚRODKA KOORDYNACYJNO – REHABILITACYJNO – OPIEKUŃCZEGO DZIAŁAJACEGO**

**PRZY**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**CZĘŚĆ A[[1]](#footnote-1)**

1. **DANE OSOBOWE DZIECKA:**

**Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………**

**Data urodzenia ……………………………………………………………………………………….**

**Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………**

**Powiat……………………………………………………………………………………………………**

1. **DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:**

**Rodzic/opiekun prawny……………………………………………………………………………**

**Telefon kontaktowy………………………………………………………………………………….**

**Adres do korespondencji…………………………………………………………………………..**

1. **POWÓD ZGŁOSZENIA:**

**- zaświadczenie lekarskie o zagrożeniu niepełnosprawnością**

**- orzeczenie z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności**

**- opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju**

**- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego**

 **4. PIERWSZE ZGŁOSZENIE DO PROGRAMU/ KONTYNUACJA PROGRAMU**

 **5. AKTUALNE POTRZEBY DZIECKA:**

 **- diagnostyczne ………………………………………………………………………………………**

 **……………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………….**

 **- terapeutyczne ……………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………….**

 **- sprzęt specjalistyczny …………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………….**

1. **AKTULANE POTRZEBY RODZINY (RODZICÓW/RODZEŃSTWA) DZIECKA:**

**- SOCJALNE ……………………………………………………………………………………………**

 **…………………………………………………………………………………………..**

 **…………………………………………………………………………………………..**

 **…………………………………………………………………………………………..**

 **……………………………………………………………………………………………**

**- ZDROWOTNE ………………………………………………………………………………………..**

 **…………………………………………………………………………………………..**

 **…………………………………………………………………………………………..**

 **………………………………………………………………………………………….**

**ZAŁĄCZNIKI:**

**…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………….**

 **(data, podpis osoby zgłaszającej dziecko)**

**CZĘŚĆ B[[2]](#footnote-2)**

1. **DECYZJA O ZAKWALIFIKOWANIU:**

**- TAK / NIE**

**- PRZYDZIAŁ: ………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………**

 (data, podpis koordynatora WOKRO)

1. Wypełnia rodzic / opiekun prawny zgłaszający swoją chęć korzystania z WOKRO [↑](#footnote-ref-1)
2. Wypełnia koordynator kwalifikujący uczestników do WOKRO [↑](#footnote-ref-2)