Tech Solution Partner Tomasz Kowalski
ul. Marynarki Wojennej 3C/31, 33-100 Tarnów
NIP: 6783217048
tel. +48 602 849 411

Formularz potrzeb szczególnych

NUMER USŁUGI:

NAZWA USŁUGI:

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA:

TERMIN USŁUGI:

Rodzaj potrzeb:

(Proszę podkreślić odpowiednie opcje)

Ograniczona możliwość poruszania się (wózek)
Ograniczona możliwość poruszania się (kule)
Niewidomy/a
Słabowidzący/a
Głuchy/a
Słabosłyszący/a
W kryzysie psychicznym
Niepełnosprawność intelektualna
Osoba ze spektrum autyzmu
Ograniczone możliwości poznawcze
Osoba starsza
Przewlekła choroba
Opieka nad małymi dziećmi (wózki dziecięce)
Ograniczony wzrost (również dziecko)
Kobieta w ciąży

Dodatkowe uwagi co do potrzeb (proszę opisać)

……
……
……
……
……

Dziękujemy za wypełnienie formularza. Twoje informacje będą traktowane jako poufne i wykorzystane wyłącznie w celu dostosowania naszych usług lub wydarzeń do Twoich potrzeb. Skontaktujemy się z Tobą w celu omówienia szczegółów i zapewnienia odpowiedniego wsparcia.

……..
Podpis uczestnika szkolenia