**Formularz zgłoszeniowy**

dla uczestników **konsultacji z neurologopedą** w ramach projektu

 **„Komunikuj się”**

Bardzo prosimy o wypełnienie formularza, który pomoże nam odpowiednio dostosować prezentowane treści do potrzeb Państwa i Podopiecznych.

1. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..
2. Wiek użytkownika: …………………………………………………………………
3. Adres zamieszkania:………………………………………………………………...
4. Powiązanie z dzielnicą Białołęka\* praca / szkoła / zamieszkanie /

Inne ……………………………………………………………………………………………

1. Telefon kontaktowy …………………………………………………………………..
2. Aktualny sposób komunikacji:

- werbalny , ale w niewystarczającym stopniu, by w pełni skomunikować się

- niewerbalny:

- książka komunikacyjna z ruchomymi peksami

- książka komunikacyjna stała:

- wskazywanie wzrokiem przez użytkownika AAC

- wskazywanie palcem przez użytkownika AAC

- skanowanie ( wzrokowe, słuchowe, wzrokowo – słuchowe) – E- tran

 - komunikacja poprzez Switch

 - komunikacja poprzez C- Eye/PCeye mini

- brak jakiejkolwiek komunikacji

1. Pozycja podczas komunikacji:

- siedząca

- leżąca

1. Złożone potrzeby komunikacyjne osoby, do której jest kierowana terapia to\*: autyzm, afazja, niepełnosprawność intelektualna, zespół Downa, mózgowe porażenie dziecięce, dysartria, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego, choroba genetyczna, inne ( proszę wpisać jakie) ………………………………………….………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Potwierdzam, że zapoznałam/em się z załącznikami i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i udostępnianie wizerunku (załącznik 1/1A oraz załącznik 2/2A) na potrzeby konsultacji z neurologopedą

………..…………………………………………………

Data, imię i nazwisko rodzica / opiekuna

\* właściwe podkreślić