



Kurssin nimi ja kurssiaika		Kurssipaikka
Tiedot vammaisesta hakijasta	Sukunimi	Etunimi
	Syntymäaika	Puhelinnumero
	Sähköpostiosoite	
	Katuosoite	
	Postinumero	Postitoimipaikka
Miten asut	<input type="checkbox"/> molempien/toisen vanhemman luona <input type="checkbox"/> asumispalveluyksikössä <input type="checkbox"/> omassa taloudessa tavallisessa asunnossa	
Elämäntilanne ja tarve sopeutumisvalmennukseen	Miksi haluat (tai perheenne haluaa) kurssille juuri nyt? Mitä erityisesti odotat (tai perheenne odottaa) kurssilta? _____ _____ _____	
Vammaa ja terveydentilaa koskevat tiedot	Diagnoosit (merkitse kaikki) <input type="checkbox"/> cp-vamma, tarkenne <input type="checkbox"/> diplegia <input type="checkbox"/> hemiplegia <input type="checkbox"/> tetraplegia <input type="checkbox"/> muu tyyppi <input type="checkbox"/> mmc-vamma <input type="checkbox"/> hydrokefalia-vamma <input type="checkbox"/> kehitysvamma, tarkenne <input type="checkbox"/> lievä <input type="checkbox"/> keskivaikea <input type="checkbox"/> vaikea <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> masennus <input type="checkbox"/> lievä <input type="checkbox"/> keskivaikea <input type="checkbox"/> vaikea Muut toimintakykyyn vaikuttavat asiat (esim. aisti- ja hahmotushäiriöt, neuropsykiatriset häiriöt): _____ _____	
	Ruoka- ja muut allergiat	
	Pitääkö kurssilla ottaa huomioon jotain terveydentilaasi liittyvää? Mitä _____ _____	
Apuvälineet	Merkitse tähän, mitä apuvälineitä otat mukaan kurssille: <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli <input type="checkbox"/> Suihkutuoli <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Nosturi <input type="checkbox"/> Muu, mikä	

Avuntarve	Merkitse avuntarvettasi parhaiten kuvaava taso seuraavissa toiminnoissa			
	Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> Erittäin paljon	<input type="checkbox"/> Jonkin verran	<input type="checkbox"/> En ollenkaan
	Peseytyminen	<input type="checkbox"/> Erittäin paljon	<input type="checkbox"/> Jonkin verran	<input type="checkbox"/> En ollenkaan
	WC-käynnit	<input type="checkbox"/> Erittäin paljon	<input type="checkbox"/> Jonkin verran	<input type="checkbox"/> En ollenkaan
Avuntarve	Ruokailu	<input type="checkbox"/> Erittäin paljon	<input type="checkbox"/> Jonkin verran	<input type="checkbox"/> En ollenkaan
	Lääkityksestä huolehtiminen	<input type="checkbox"/> Erittäin paljon	<input type="checkbox"/> Jonkin verran	<input type="checkbox"/> En ollenkaan
	Liikkuminen	<input type="checkbox"/> Erittäin paljon	<input type="checkbox"/> Jonkin verran	<input type="checkbox"/> En ollenkaan
	Kuvaile avuntarvettasi tarvittaessa tarkemmin			
<hr/> <hr/>				
Kommuni- kaatio	Kerro, miten kommunikoit. Puheen sujuminen, kommunikoinnin apuvälineet			
	Käytätkö Kelan tulkkauspalvelua	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	
	Jos vastasit kyllä, ajattelitko käyttää tulkkia tällä kurssilla	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	
Kurssille hakevat vanhemmat	Nimi		Syntymäaika	
	Osoite (jos eri, kuin hakijan)			
	Puhelinnumero		Sähköpostiosoite	
	Nimi		Syntymäaika	
	Osoite (jos eri, kuin hakijan)			
	Puhelinnumero		Sähköpostiosoite	
Kurssille hakevat sisarukset  (jatka tarvittaessa eri liitteelle)	Sisarukset, syntymävuosi (kerro myös sisarusten mahd. diagnoosit)			
	<hr/> <hr/>			
	Kurssille osallistuvien omaisten ruoka-aine- ja muut allergiat			
<hr/> <hr/>				
Allekirjoitus	Aika, paikka ja allekirjoitus			
<hr/>				

Allekirjoittamalla ja/tai lähettämällä lomakkeen hakija vahvistaa antamansa tiedot sekä hyväksyy henkilötietojensa käsittelyn tietosuojamääräysten mukaisesti.