



**HAKULOMAKE
SOPEUTUMISVALMENNUS-
KURSSILLE**

Kurssi- numero	Kurssi-aika tai kurssin nimi	Kurssipaikka	
Tiedot hakijasta	Sukunimi	Etunimi	
	Henkilötunnus ja kotikunta	Puhelinnumero	
	Lähiosoite		
	Postinumero ja postitoimipaikka	Sähköpostiosoite	
Vammaa koskevat tiedot	Diagnoosit		

	Hoitava lääkäri / terveyskeskus / keskussairaala		
	Lääkitys		
	Ruokavalio ja allergiat		
	Luettele päivittäin tarvitsemasi apuvälineet (mitä tarvitset mukaan kurssille)		

Missä seuraavissa toimissa tarvitset apua ja kuinka paljon?			
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> Erittäin paljon	<input type="checkbox"/> Jonkin verran	<input type="checkbox"/> En ollenkaan
Peseytyminen ja / tai WC	<input type="checkbox"/> Erittäin paljon	<input type="checkbox"/> Jonkin verran	<input type="checkbox"/> En ollenkaan
Syöminen ja juominen	<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			

Puhuminen / kommunikointi ja kommunikoinnin apuvälineet			
Päivähoito	<input type="checkbox"/> Kotona	<input type="checkbox"/> Päiväkodissa	<input type="checkbox"/> Perhepäivähoidossa
Koulun käynti / opiskelu	Kerro mitä koulua käyt tai mitä koulua / kouluja olet käynyt		

Asuminen	<input type="checkbox"/> Molempien / toisen vanhemman luona <input type="checkbox"/> Omassa taloudessa <input type="checkbox"/> palvelutalossa <input type="checkbox"/> palveluasunnossa <input type="checkbox"/> laitoksessa <input type="checkbox"/> Muualla, missä? _____	
Elämäntilanne	Kerro elämäntilanteestasi, harrastuksistasi, työstäsi jne. _____ _____ _____ _____	
Kurssille hakevat vanhemmat / isovanhemmat / puoliso	Nimi	Syntymäaika
	Osoite, ellei sama kuin hakijan	Puhelinnumero
	Ammatti	Sähköpostiosoite
	Nimi	Syntymäaika
	Osoite, ellei sama kuin hakijan	Puhelinnumero
	Ammatti	Sähköpostiosoite
Kurssille hakevat sisarukset / lapset	Sisarukset (sisarusten mahd. diagnoosit) _____ _____ _____	Syntymäaika _____ _____ _____
	Kurssille osallistujien ruoka- ja muut allergiat _____ _____ _____	
Toivomuksia ja odotuksia kurssille	_____ _____ _____	
Aikaisemmat kurssit	Olen osallistunut aikaisemmin kursseille (paikka, kurssi, vuosi) _____ _____ _____	
Allekirjoitus	Minulle saa lähettää postia CP-liiton muusta toiminnasta <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Aika, paikka ja allekirjoitus _____ <i>Liitteeksi korkeintaan vuoden vanha kopio lääkärintodistuksesta tai epikriisistä.</i>	