

Osobní list klienta Asistence pro děti se zrakovým postižením

Jméno a příjmení

Datum narození a RČ

Trvalé bydliště

Telefon / e-mail

Stupeň zrakového postižení

Jiná zdravotní omezení

Škola

Zájmy

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Telefon / e-mail

Požadovaný obsah služby

Nároky na asistenta

Kontakt na Okamžik



Požadavek na Asistenci:

Pondělí

Místo vyzvednutí:

Čas vyzvednutí:

Místo předání:

Úterý

Místo vyzvednutí:

Čas vyzvednutí:

Místo předání:

Středa

Místo vyzvednutí:

Čas vyzvednutí:

Místo předání:

Čtvrtek

Místo vyzvednutí:

Čas vyzvednutí:

Místo předání:

Pátek

Místo vyzvednutí:

Čas vyzvednutí:

Místo předání:

Neděle

Místo vyzvednutí:

Čas vyzvednutí:

Místo předání:

Datum:

Podpis zákonného zástupce

