

Tilmeldingsblanket

Vedr. Skolebørn med cerebral parese, 19. - 21. marts 2010

Deltagende forældres navne

Moder _____

Fader _____

Adresse _____

Postnr. _____ By _____ Tlf. _____

Deltagende børns navne

Fødselsdato

Hvilket barn har cerebral parese? _____

Evt. andre handicap _____

Hvad klares selv?

Spisning Toiletbesøg Vaske sig Tale

Sidde selv Stå Gå Cykle

Bruges kørestol? Ja nej udendørs indendørs

Andre hjælpemidler? _____

Overfølsomhed? For hvad? _____

Specialkost? Hvilken? _____

Hvilken støtte/behandling får barnet og hvorfra?

Skole _____ Special kl. _____ Alm. kl. _____

Pædagogisk støtte. Antal timer pr. uge _____

Praktisk støtte. Antal timer pr. uge _____

SFO-ordning ja nej

Har barnet svært ved at koncentrere sig? ja nej

Forhold til kammerater/venner _____

Fritidsinteresser _____

Har I særlige spørgsmål, I ønsker drøftet/få informationer om?

Aftensmad fredag

Vi kan **ikke** deltage i aftensmad kl. 18.30 (afkrydses)

Forældres underskrift (kun hvis den udskrives og sendes med post)

Sendes til srb@solbakkens-raadgivning.dk
eller med post til
Solbakkens Rådgivningscenter for Bevægelseshandicap
Egebæksvej 32
8270 Højbjerg

Senest **1. marts 2010**

Hvis socialforvaltningen har godkendt familiens deltagelse i Solbakkens Rådgivningscenters forældrekursus i h.t. lov om social service §41 skal du afkrydse under "Regning sendes til kommunen" og udfylde ALLE felter neden under. Hvis I selv betaler, skal du bare afkrydse under "Regning sendes til forældre"

Regning sendes til forældre

Regning sendes til kommunen

CPR.nr., der ønskes påført regning _____

Kommune _____

Adresse _____

Postnr. _____ By _____ EAN nr. _____

Sagsbehandlerens navn