



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział Warszawski
00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12,
tel. 22 831 00 76/77, mail biuro@ptsr.waw.pl

Indywidualny Plan Działania

Dane Uczestnika Projektu SPRAWIĆ MOC 6

.....
Imię /Imiona

.....
Nazwisko

.....
ulica, numer

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
numer telefonu

.....
e-mail

.....
PESEL

.....
wykształcenie

.....
stopień niepełnosprawności

.....
przyczyna niepełnosprawności
(narząd ruchu, ogólny stan zdrowia, inny –jaki?)

.....
uczestnictwo w WTZ
- Warsztatach Terapii Zajęciowej
(nie uczestniczył/a, absolwent)

.....
uczestnictwo w ŚDS
- Środowiskowy Dom Samopomocy
(nie uczestniczył/a, absolwent)