



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

## Indywidualny Plan Działania

### Dane Uczestnika Projektu SPRAWIĆ MOC 7

.....  
**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)

