

Planując turnus rehabilitacyjny dla Państwa dziecka, ważne jest dla nas zapoznanie się z kluczowymi informacjami dotyczącymi potrzeb dziecka, jak i opiekunów. Informacje te umożliwią nam przygotowanie indywidualnej oferty w optymalnym dla Państwa terminie / czasie.

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:.....

WIEK:..... **DATA URODZENIA:**.....

WAGA I WZROST DZIECKA:

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO/RODZICA:

KONTAKT TELEFONICZNY DO OPIEKUNA PRAWNEGO/ RODZICA:

ADRES E MAIL DO OPIEKUNA PRAWNEGO/ RODZICA:

DIAGNOZA:

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

POZIOM FUNKCJONOWNIA DZIECKA – proszę podkreślić: - PORUSZA SIĘ SAMODZIELNE - POTRZEBUJE POMOCY - NIESAMODZIELNE

KOMUNIKACJA – proszę podkreślić:

- WERBALNA – ZDANIOWA - WEBALNA – SŁOWNNA - WERBALNA – ZNAKI, KRZYK, GEST, ONOMATOPEJE

TERMIN TURNUSU:

- 1 TYDZIEŃ OD DO

- 2 TYGODNIE OD DO

WYBIERAM TURNUS – proszę podać nazwę turnusu (gotowe moduły opisane są na <https://www.centrumgrawitacja.pl/>)

WYBIERAM TURNUS szyty na miarę – proszę o wpisanie terapii, jakimi jesteście Państwo zainteresowani:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

PROSZĘ O PODANIE POTRZEB DZIECKA, KTÓRE W MIARĘ MOŻLIWOŚCI UWZGLĘDNIMY W TRAKCIE PLANOWANIA I REALIZACJI TURNUSU np. przerwy na karmienie PEG/SONDA lub podanie leków NA KONKRETNĄ GODZINĘ

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Oświadczam, iż zapoznałam/łem się z zasadami organizacyjnymi i finansowymi turnusów prowadzonych przez Grawitacja Sp. z o.o. W TYM Z REGULAMINEM TURNUSU:

<https://centrumgrawitacja.pl/images/DoPobrania/TURNUSY-REGULAMIN.pdf>

.....
Podpis rodzica / opiekuna

DANE NA JAKIE MA ZOSTAĆ WYSTAWIONA FAKTURA PIERWSZEJ WPŁATY REZERWUJĄCA TERMIN TURNUSU:

PŁATNIK:

Odbiorca:

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES:

INNE:.....

Dziękujemy.

Proszę o przesłanie zapisanego załącznika na e mail: kontakt@centrumgrawitacja.pl

KONTAKT TELEFONICZNY: +48 695-455-900

UWAGA:

Z DNIEM 01.10.2023 CENA TURNUSÓW ULEGA ZMIANIE.

KALKULACJA: 200,00 ZŁ X 1 JEDNOSTKA TERAPEUTYCZNA (50 MINUT) X LICZBA GODZIN W TURNUSIE