

Plats för foto

ANMÄLAN

till Afasilinjen VT 2019

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ **Ort:** _____

Telefon: _____ **Epost:** _____

Personnr: _____ **Län:** _____

Jag använder: rullstol rollator/bock käpp/krycka
 jag går utan hjälpmedel har färdtjänst

Min logoped heter: _____ Telefon: _____

Min kurator heter: _____ Telefon: _____

Närmaste anhörig: _____ Telefon: _____

Kompletterande uppgifter...

När drabbades du av afasi: _____

Har Du tidigare deltagit i någon kurs för personer med afasi? Ja Nej

Om ja, senast var: _____

Är du medlem i någon afasiförening? Ja Nej

Om ja, vilken afasiförening: _____

Behöver Du hjälp med:

Påklädning: Ja Nej

Dusch: Ja Nej

Toalettbesök: Ja Nej

Medicinering: Ja Nej

Annat: _____

Har Du:

Epilepsi: Ja Nej

Om ja, hur ofta: _____

Diabetes: Ja Nej

Specialkost: _____

Jag använder följande mediciner: _____

Övrig upplysningar: _____

Blir jag antagen skall fakturan på kursavgiften skickas till: _____

Blir jag antagen vill jag bo på skolan: Ja Nej

Datum: _____ Underskrift: _____