**Jelentkezési lap**

|  |
| --- |
| Név: |
| Születési hely, idő: | Kor: |
| \*Szülő neve: | TAJ szám: |
| \*Szülő elérhetősége: Cím: Telefonszám: E-mail: |
| Magasság (cm): | Súly (kg): |
| Cipő méret: | \*Apgar: |
| \*Születési súly: | \*Gesztációs hét: |
| \*Terhesség és szülés körülményei: |
| Diagnózis: |
| Diagnózis felállításának ideje: |
| Társdiagnózis/ beavatkozások: |
| Szedett gyógyszerek: |
| Epilepszia: | Rohamok gyakorisága/utolsó roham: |
| Jelenlegi állapota (mozgás, kommunikáció): |
| Használt segédeszközök: |
| Igény a terápiával kapcsolatban: Igényelt terápia: Igényelt terápiás időszak: Célkitűzés: |
| Milyen terápiákon vett részt eddig? |
| Hol tájékozódott a STEP by STEP Terápiás Központról? |
| Dátum: | Aláírás: |

*A terápiára való jelentkezés csak a Részvételi nyilatkozat aláírásával érvényes.*

*A\*-al jelölt mezők kitöltése csak gyermek esetén kitöltendők.*