**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.*