

## ADATLAP

Név:.....

Lakcím:.....

Szül.hely és idő:.....

Mióta tagja az egyesületnek?:.....

Részt vesz az egyesület által szervezett programokon?.....

Látássérülés mértéke:    gyengénlátó            aliglátó            vak

Kap e fogyatékosági támogatást, kiemelt családi pótlékot?:.....

Határozat száma:.....

Egyedül él?:.....

Családban él?:.....

Hány látássérült él a családjában?:.....

Jelenlegi foglalkozása:.....

Munkahely, iskola címe:.....

Rendelkezik e iPhone telefontal?:.....

Amennyiben nem, indokolja meg miért tartja fontosnak, hogy telefonkészüléket kapjon a képzéshez:.....

Vállalja e, a telefon kezeléssel kapcsolatos kötelezettségeket, képzéseket Nagykanizsán vagy Zalaegerszegen:.....

Dátum:.....            aláírás:.....

Az adatlapot 2019. április 30.-ig kérjük eljuttatni a VGYZME irodájába.

8800 Nagykanizsa Kinizsi u. 2/B.

Email: vgyzme@gmail.com