

Ansökningsblankett för kortkurs i afasi och lärande

Ansökan ska senast göras en månad innan kursstart.
Obs att deltagare måste klara natten själv. Det finns inga larm.

Ange kursdatum för den kurs du anmäler dig till (t ex: "20 febr-24 febr 2017"): _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Epost: _____

Mobiltelefon: _____

Jag drabbades av afasi (år): _____

Anhörig

Namn: _____

Telefon: _____

Har du tidigare deltagit i någon kortkurs för personer med afasi? Ja ☐ Nej ☐

Om Ja, var? _____

Behöver du hjälp med

Påklädning: Ja ☐ Nej ☐ Duschning: Ja ☐ Nej ☐ Medicinering: Ja ☐ Nej ☐ Toalettbesök: Ja ☐ Nej ☐

Annat hjälpbehov: _____

Har du

Epilepsi: Ja ☐ Nej ☐ Diabetes: Ja ☐ Nej ☐ Specialkost: _____

Jag använder följande mediciner: _____

Använder du (medtages hemifrån)

Rullstol: Ja ☐ Nej ☐ Rollator: Ja ☐ Nej ☐ Käpp/Krycka: Ja ☐ Nej ☐

Behöver du

Duschstol: Ja ☐ Nej ☐ Toalettförhöjning: Ja ☐ Nej ☐

Medföljande

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefon: _____

Din ansökan skickas per post till: Sundsgårdens folkhögskola, Örbyvägen 10, 255 92 Helsingborg
Eller som bilaga i epost till: info@sundsgarden.se

Obs! Om du fyllt i blanketten från dator: spara den innan du skickar den som bilaga i epost!