**PRISTUPNICA**

\*Svi lični podaci i ostale informacije iz Pristupnice su povjerljive i koriste se isključivo za svrhe programa i aktivnosti Udruženja za cerebralnu paralizu „CPossible“.

**Podaci o roditelju/staratelju:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime: |  |
| Datum rođenja: |  |
| Adresa prebivališta (Opština, mjesto, ulica, broj) |  |
| JMBG: |  |
| Broj fiksnog telefona: |  |
| Broj mobilnog telefona: |  |
| E-mail adresa: |  |
| Bračno stanje | 1. Bračna zajednica,  2. Razveden/a,  3. Vanbračna zajednica,  4.Udovac/ca,  5. Rastavljen/a |
| Nivo obrazovanja/struka: |  |
| Da li Vi imate neku vrstu poteškoća ili zdravstvenih problema? | DA NE (zaokružite) |
| Ukoliko je DA, ukratko pojasnite. |  |
| Da li radite?  Ukoliko je DA, navedite radno mjesto i firmu: | DA NE (zaokružite) |
| Možete li povjeriti nekome svoje dijete na čuvanje? | DA NE (zaokružite) |
| Ako je vaš odgovor DA kome: | 1. Članu porodice u domaćinstvu  2. Članu porodice izvan domaćinstva  3. Prijateljima  4. Nekom drugom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ako je vaš odgovor NE – pojaniste : |  |
| Da li posjedujete automobil? | DA NE (zaokružite) |
| Da li posjedujete vozačku dozvolu? | DA NE (zaokružite) |
| Koje prevozno sredstvo koristite kad dijete vodite na terapije, u školu, kod doktora,  kod prijatelja itd.? |  |
| Da li primate ili ste nosilac neke vrste pomoći?  Ako je DA, pojasnite. | DA NE (zaokružite) |
| Koja su Vaša očekivanja od angažovanja u Udruženju? |  |
| Kako ste saznali za Udruženje za cerebralnu paralizu„CPossible“? |  |

**Podaci o korisniku:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime: |  |
| Datum rođenja: |  |
| Mjesto rođenja: |  |
| JMBG: |  |
| Dijagnoza: |  |
| Da li korisnik ima neke dodatne poteškoća? | 1.Poteškoće sa vidom  2. Poteškoće sa sluhom  3.Poteškoće povezane sa tonusom mišića  4.Oštećena fina motorika  5.Oštećena krupna motorika  6. Epilepsiju  7.Nešto drugo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ukoliko korisnik ima epilepsiju napišite šta može uzrokovati napad (buka, svjetlosni podražaj i sl) |  |
| Tehnička pomagala (kolica, hodalica, štake itd): |  |
| U odnosu na specifične poteškoće Vašeg djeteta/korisnika (inv. kolica i sl), da li možete koristiti: | Automobil - Da Ne  Gradski prevoz- Da Ne (zaokružite) |
| Obrazovna ustanova koju dijete/korisnik pohađa: |  |
| Dodatni stručni rad: |  |
| Da li je uključen/a u sportske/kreativne aktivnosti: |  |
| Kako vaše dijete/korisnik komunicira? | 1.Verbalno  2.Neverbalno  3.Upotrebom znakova  4. Ne komunicira |
| Koji je najbolji način/metod za pridobiti njegovu/njenu pažnju. |  |
| Da li je vaše dijete/korisnik? | 1.Agresivno  2.Povučeno  3. Hiperaktivno  4.Nešto drugo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ukoliko je agresivno, napišite šta može izazvati agresivnost i kako se ispoljava: |  |
| Na koji način dijete/korisnik ukazuje da je gladno, žedno,želi na toalet ako nema izraženu verbalnu komunikaciju?  Svaku potrebu, ukoliko je potrebno, ponaosob ukratko pojasnite. |  |
| Da li samostalno ide u WC?  Na koji način mu je potrebna pomoć? | DA NE (zaokružite)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Da li je vaše dijete/korisnik alergično? | DA NE (zaokružite) |
| Ukoliko je vaš odgovor „Da“ napišite tačno na šta je dijete/korisnik alergično? |  |
| Ukoliko dođe do alergije, kako je prepoznati (pojasnite simptome) i kako uposlenici mogu preventivno djelovati, dok ne stigne medicinska služba? |  |
| Da li dijete/korisnik koristi lijekove? | DA NE (zaokružite) |
| Ukoliko je DA, napišite koje tačno? |  |
| Da li je potrebno da u toku boravka u Udruženju, prima/dobije terapiju: |  |
| Na koje stvari treba posebnu pažnju da obrati terapeut/edukator/volonter?  Tokom rada, druženja, izlaska vani: |  |

## Na internet stanici i društvenim medijima - **Udruženja za cerebralnu paralizu „CPossible“** – redovno ćemo objavljivati informacije o radu sa našim korisnicima. Objave slika, snimaka rada sa djecom će nam puno značiti, kako bi roditeljima, potencijalnim donatorima i nadležnima u vlasti predstavili naš rad i sam koncept rada servisa podrške roditeljima i djeci.

## Da li dozvoljavate da slike i snimke rada sa vašim djetetom objavljujemo na našem profilu? **DA NE** (zaokružite)

## Ukoliko je NE, molimo Vas ukratko obrazložite :

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## U sklopu akcija i projekata koje će realizovati **Udruženje za cerebralnu paralizu „CPossible“ sa partnerskim organizacijama** – Na internet stanici i društvenim medijima Udruženja i partnerskih organizacija - objavljivati ćemo informacije o radu sa našim korisnicima.

## Da li dozvoljavate da slike, snimke i vaše podatke objavljujemo u sklopu akcija i projekata? **DA NE** (zaokružite)

## Ukoliko je NE, molimo Vas ukratko obrazložite :

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ovim izjavljujem da želim da postanem pridruženi član i korisnik Udruženja za cerebralnu paralizu„CPossible“. Upoznat/a sam i u cjelosti prihvatam sve odredbe osnivačkog akta i Statuta Udruženja.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis roditelja/staratelja o istinitosti iznesenih podataka i saglasnosti:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_