

# Indywidualny Plan Działania

Nazwisko: .....

Imię: .....

Stopień niepełnosprawności: znaczny/umiarkowany

Określenie potrzeby/ problemu (diagnoza):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Wybór formy rehabilitacji:

- Punkt konsultacyjny
- Doradztwo rehabilitacyjne
- Doradztwo psychologiczne
- Doradztwo prawne
- Nowe technologie – tyfloinformatyka
- Orientacja przestrzenna
- Czynności dnia codziennego
- Animacja czasu wolnego
- Utrzymanie psa przewodnika

Ewaluacja końcowa:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Podpis osoby tworzącej  
Indywidualny Planu Działania

.....  
Osoba zatwierdzająca



**Dotyczy projektu dofinansowanego ze środków  
PFRON**