



Namn	Personnummer
Adress	
Postnr och ort	Tel:

Anhöriga

Förälder/anhörig	Tfn:
	E-mail:

Ge en kort motivering varför ni vill prova Datatek

--

Diagnos eller beskrivning med egna ord

--

Hur fungerar:

Syn	Hörsel
Kommunikation	

Har ni egen dator?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------	------------------------------

Särskilda önskemål tid, plats

--

Kontaktpersoner på habiliteringen

Namn	Yrke	Tfn