

АНКЕТА
(на каждого участника)

1. Фамилия _____
2. Имя _____
3. Отчество _____
4. Число, месяц, год рождения _____
5. Место рождения _____
6. Образование _____
7. Место работы, должность, телефон _____

8. Район, город _____
9. Домашний адрес, индекс, телефон _____

10. Диагноз заболевания _____
11. Группа и характер инвалидности _____
12. Являетесь ли Вы членом ВОИ, ВОС, ВОГ или другой организации
(указать) _____
13. Необходимость пользования Вами при передвижении коляски или
костылей _____
14. Особенности вашего обслуживания, связанные с заболеванием

15. Размер одежды _____