

Imię i nazwisko	
Wiek	
Wzrost i waga	
Rodzaj schorzenia	
Stopień niepełnosprawności	
Epilepsja (czy była, czy jest, jakie leki)	
Ataksja (czy jest i w jakim stopniu) - czy występuje	
Dyskopatia wielopoziomowa – czy występuje	
Prosimy opisać w miarę szczegółowo sposób poruszania się – czy samodzielny, czy przy pomocy przyrządów, jeśli tak to jakich.	
Akcesoria stomijne/cewnik/pas przepuklinowy - czy są używane	
Kłopoty z równowagą, błędnikiem – czy występują, a jeśli tak to w jakich sytuacjach	
Czy uczestnik pozostaje pod opieką kardiologa/ ma problemy kardiologiczne	
Czy uczestnik jest pod opieką fizjoterapeuty	
Czy uczestnik uprawia aktywność fizyczną (jaką)	
Inne uwagi o stanie zdrowia	
CZYTELNY PODPIS i data (podpisując regulamin potwierdzam prawdziwość zawartych w nim danych)	