

Anmälan till anpassningskurs för synskadade vid Fristads Folkhögskola samt uppgifter från syncentral, syninstruktör, ögonklinik

Namn: _____ Född: _____

Adress: _____

Telefon: _____ Hemkommun: _____

Önskad kurstid: _____

Kontaktperson: _____

Synstatus: H: _____ V: _____

Diagnos: _____

Andra funktionshinder: _____

Ordinerade hjälpmedel: _____

Övriga träningsbehov: _____

Särskilda önskemål (t.ex. ang. kost): _____

Övriga upplysningar: _____

Undertecknad anmäler mig härmed till anpassningskurs och tillåter samtidigt att skolan får inhämta uppgifter angående mina ögon hos syncentral eller ögonläkare.

Jag vill att rapport efter avslutad anpassningskurs skickas till (ev. namn, adress):

mig själv

syncentral

syninstruktör

ögonklinik

Ort: _____ Datum: _____

Underskrift: _____

POSTADRESS

Fristads Folkhögskola

Folkhögskolevägen 7

513 32 Fristad

TELEFON

Synkursen: 033-26 68 70

Skolan vxl.: 033-23 68 00

Enh. Service: 0738-33 21 58

MOBILTELEFON

Paula: 0700-82 51 22

Anders: 0700-82 51 55

Mikael: 0700-82 51 31

Tarja: 0700-82 51 33

E-POST

paula.t.andersson@vgregion.se

anders.josby@vgregion.se

mikael.magnusson@vgregion.se

tarja.mokko@vgregion.se