

## **A N K I E T A / nie obowiązkowa /**

*Uzyskane w ankiecie wszystkie dane są objęte ścisłą tajemnicą , służą tylko i wyłącznie do właściwego zorganizowania składu wacht załóg rejsowych i grup na obozach stacjonarnych.  
Dokładne i szczere wypełnienie ankiety ,zapewni Ci bezstresowy udział rejsie/obozie*

IMIĘ , NAZWISKO .....

DOKŁADNY ADRES .....

TELEFON KONTAKTOWY .....

ADRES @ .....

PESEL .....

NR.ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI .....

**1.CZY MIAŁEŚ KONTAKT Z ŻEGLARSTWEM/ OPISZ**

**GDZIE/.....**

**2.OPISZ KRÓTKO NA CZYM POLEGA TWOJA ,  
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ.....**

**3.JAK SIĘ PORUSZASZ:**

**- SAMODZIELNIE.....-NA WÓZKU..... 1 KULA .....2 KULE ...../ZAZNACZ- X/**

**4. CZY DO SPEŁNIANIA CODZIENNYCH ŻYCIOWYCH CZYNNOŚCI POTRZEBUJESZ .  
...POMOCY DRUGIEJ OSOBY .....**

**5. CZY SAMODZIELNIE SPOŻYWASZ POSIŁKI .....**

**6. CZY SAMODZIELNIE SIĘ UBIERASZ .....**

**7.CZY SAMODZIELNIE DBASZ O HIGIENĘ OSOBISTĄ .....**

**8.CZY SAMODZIELNIE DBASZ O POTRZEBY FIZJOLOGICZNE .....**

**CZY POTRZEBUJESZ POMOCY W/W CZYNNOŚCIACH.....**

**9.CZY POTRAWISZ PŁYWAĆ.....**

**10.CZY POTRAWISZ SPIEWAC .....**

**11.CZY POTRAWISZ GRAĆ NA INSTRUMENCIE MUZYCZNYM/JAKIM.....**

**12.CZY REGULARNIE ,CODZIENNIE, BIERZESZ LEKARSTWA .....**

**13.CZY PALISZ TYTON.....**

**14. CZY JESTES UCZULONY ,PODAJ NA CO .....**

**15. CZY PRZEBYWAŁEŚ SAM POZA DOMEM GDZIE I JAK DŁUGO, OPRÓCZ .**

**POBYTÓW W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH /.....**

**16. CZY CHCESZ ZDAWAĆ EGZAMIN NA STOPIEŃ ŻEGLARZA JACHTOWEGO .....**

**17.CZY CHCESZ ZDAWAĆ EGZAMIN NA STOPIEŃ STERNIKA MOTOROWODNEGO**

**18.PODAJ WZROST ..... WAGA.....**

DATA ..... /data/ CZYTELNY PODPIS KANDYDATA..... /data/

**U W A G A- do ankiety dołącz kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności, oraz  
zaświadczenie od lekarza pierwszego kontaktu ,które musi zawierać stwierdzenie **BRAK  
PRZECIWSKAZAN DO UPRAWIANIA ŻEGLARSTWA.****