

PILNE

Imię i nazwisko dziecka.....

Adres dziecka

Data urodzenia

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna

Adres rodzica lub opiekuna

Nr zlecenia:

(wypełnia warsztat)

KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA DZIECKA:

odpowiedzi udzielać (tak) lub (nie)

- Czy siedzi samodzielnie?

- Czy wysuwa się z krzesła lub wózka?

- Czy dziecko pręży się?
sporadycznie?

często?

- inne?

Wybrałem(am) wózek [.....] oraz wyposażenie dodatkowe:

(wyposażenie wpisać słownie)

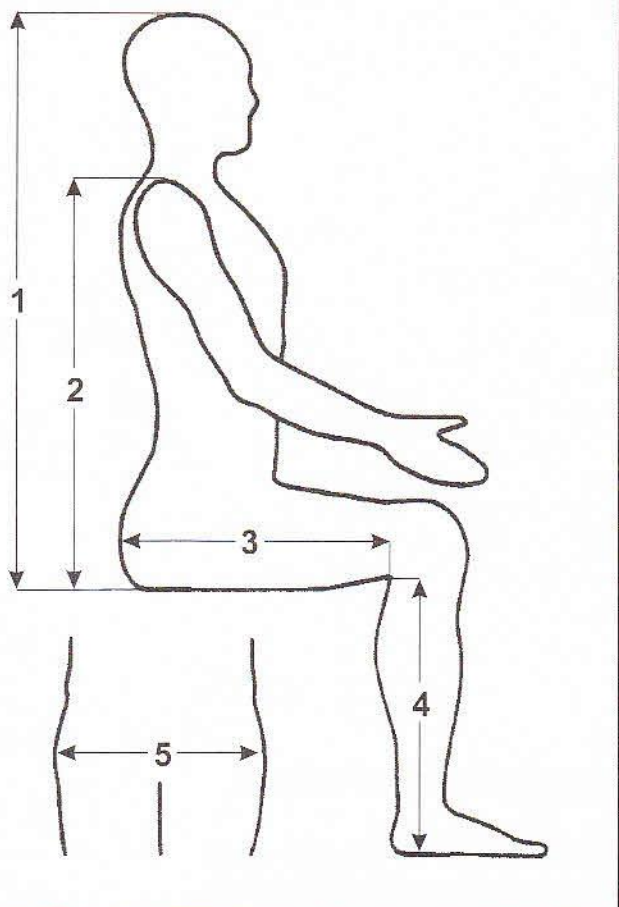
.....

.....

.....

.....

.....



1. Długość korpusu cm od siedzenia do czubka głowy

2. Długość korpusu cm od siedzenia do szczytu ramion

3. Długość uda cm od pleców do dołka podkolanowego

4. Długość goleni cm (od dołka podkolanowego do podeszwy)

5. Biodra cm (zmierzyć szerokość w najszerszym jej miejscu)

WZROST DZIECKA cm

WAGA DZIECKA kg

Prosimy mierzyć dziecko dokładnie wg rysunku

Po wypełnieniu prosimy odesłać do naszego zakładu



**„COMFORT”
Wytwórnia Sprzętu Rehabilitacyjnego**

mgr inż. Jerzy KRYNICKI
ul. Krzywa 23
60-118 Poznań
tel/fax: 061 863 85 61