

FORMOLA TA' APPLIKAZZJONI – GRUPP TA' SOSTENN GĦALL-AĦWA ADOLEXXENTI

Informazzjoni dwar il-partecipant:

Isem u kunjom tal-adolessent: _____

Data tat-twelid: _____ Età: _____

Ġeneru: _____

Isem u kunjom tal-ġenituri/kustodji: _____

Indirizz tal-email: _____

Indirizz postali: _____

Numru ta' kuntatt: _____

Informazzjoni dwar aħwa b'diżabilità:

Isem hu jew oħt b'diżabilità: _____

Data tat-twelid: _____ Età: _____

Ġeneru: _____

Isem jew deskrizzjoni tad-diżabilità:

L-adolessent li ser j/tattendi s-sessjonijiet għandu/ha xi diżabilità, allergiji tal-ikel, jew diffikultajiet oħra tas-saħħa li għandna nkunu nafu dwarhom?

Jekk jogħġbok ipprova kwalunkwe informazzjoni oħra li tħoss li tista' tagħmel il-Grupp ta' Sostenn għall-Aħwa Adolexxenti esperjenza aktar pjaċevoli u edukattiva għall-adolessent tiegħek:

Tixtieq li jinżammu d-dettalji tiegħek sabiex tiġi kkuntattjat għal avvenimenti simili organizzati fil-futur?

Iva ☐ Le ☐

Isem u kunjom tal-ġenitur/i jew kustodju/i

Firma tal-ġenitur/i jew kustodju/i

Data

Jekk jogħġbok imla din il-formola u ibgħatha fuq dan l-indirizz:

Family Support Unit, Aġenzija Sappport, Triq Patri Ġwann Azzopardi, Santa Venera, SVR 1614

jew fuq workshops.sappport@gov.mt

Mistoqsijiet? Ikkuntatjana fuq Aġenzija Sappport Helpline – Freephone Servizz.gov 153 (ext. 05)