HAKEMUS

**Hakuaika Vaasan koulutukseen päättyy ma 24.10.2016.**

Hakemus lähetetään sähköpostitse move@aksonry.fi tai osoitteeseen Akson ry, Mannerheimintie 107, 3. krs, 00280 Helsinki.

**VERTAISTUKIHENKILÖN KOULUTUSHAKEMUS**

Nimi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osoite\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postinumero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Postipaikka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puhelin\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sähköposti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Syntymäaika\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vammautumisvuosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vammautumisen aste** (valitse oikea vaihtoehto laittamalla rasti)

osittainen paraplegia \_\_\_\_\_ täydellinen paraplegia \_\_\_\_\_

osittainen tetraplegia \_\_\_\_\_ täydellinen tetraplegia \_\_\_\_\_

**Pääsääntöinen liikkumisen apuvälineesi** (valitse yksi vaihtoehto laittamalla rasti)

Ei apuvälinettä \_\_\_\_\_ manuaalipyörätuoli \_\_\_\_\_ sähköpyörätuoli \_\_\_\_\_

Kyynärsauva(t) / keppi(t) \_\_\_\_\_ rollaattori \_\_\_\_\_

**Tarvitsetko koulutusviikonloppuna henkilökohtaista avustajaa?**

oma avustaja mukana \_\_\_\_\_ en tarvitse apua \_\_\_\_\_

Mikä saa sinut lähtemään vapaaehtoistyöhön ja vertaistukikoulutukseen?

Oletko aikaisemmin toiminut vertaistukihenkilönä? Kerro kokemuksistasi.

Mikä selkäydinvammaisten vertaistuessa on mielestäsi tärkeää?

Kerro lyhyesti itsestäsi ja miksi juuri sinut pitäisi valita vertaistukikoulutukseen.

Päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys

