

Tên của tham dự viên: \_\_\_\_\_ Tên gọi hay biệt danh \_\_\_\_\_

Chẩn bệnh/khuyết tật: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Đang theo học tại (nếu có): \_\_\_\_\_

Đã được xếp học lớp \_\_\_\_\_ trong trường học

Ngôn ngữ thường nói chuyện ở nhà \_\_\_\_\_

Tham dự viên thích học theo cách: \_\_\_\_\_ Nghe \_\_\_\_\_ Nhìn/đọc \_\_\_\_\_ Thực hành

### Giao tiếp

Tham dự viên có trao đổi bằng lời nói không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

Nếu không, có dùng ngôn ngữ cử chỉ không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

Có dùng thiết bị điện tử không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

Ưu điểm \_\_\_\_\_

Cần giúp, Hạn chế hay giới hạn: \_\_\_\_\_

### Di chuyển/Di động

Ưu điểm \_\_\_\_\_

Cần giúp, Hạn chế hay Giới hạn \_\_\_\_\_

### Giác quan (nhìn, nghe, chạm, v.v..)

Ưu điểm \_\_\_\_\_

Cần giúp, Hạn chế hay giới hạn: \_\_\_\_\_

### Các hoạt động/đáp nhận cảm giác

Tránh những điều sau đây: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thích những điều sau đây: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Cư xử/Xã hội

Ưu điểm \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cần giúp, Hạn chế hay giới hạn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Cảm xúc

Các dấu hiệu khi khó chịu hay không bằng lòng: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Các trường hợp/ hoạt động có thể gây bức tức: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Những cách có thể giúp lấy lại sự quân bình cảm xúc là: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Có thể tự làm được (ăn, vệ sinh cá nhân, rửa tay, v.v..)

Ưu điểm \_\_\_\_\_

Cần giúp, Hạn chế hay giới hạn: \_\_\_\_\_

Tổng quát về Sức khoẻ/Y Tế

Ưu điểm \_\_\_\_\_

Cần giúp, Hạn chế hay giới hạn: \_\_\_\_\_

Nếu biết đọc, trình độ khoảng lớp mấy: \_\_\_\_\_

Phỏng đoán mức độ phát triển là bao nhiêu năm: \_\_\_\_\_

Liệt kê các sở thích, ước muốn, hoạt động: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liệt kê những cách kích lệ hay thưởng nào có hiệu quả: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liệt kê các dị ứng: \_\_\_\_\_

Có mang theo “Epipen” (thốc chích chữa dị ứng) không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

Liệt kê thực phẩm cần hạn chế: \_\_\_\_\_

Liệt kê các hoạt động cần hạn chế: \_\_\_\_\_

Bệnh giật kinh phong trong quá khứ: \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

Nếu có: Loại nào: \_\_\_\_\_ Thường xảy ra khi: \_\_\_\_\_

Ngày/nơi Rửa Tội: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ngày/nơi Xưng Tội lần đầu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ngày/nơi Rước Lễ lần đầu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ngày/nơi nhận Phép Thêm Sức: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Người liên lạc chính thức:** \_\_\_\_\_

Quan hệ: \_\_\_\_\_

Điện thoại di động: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Địa chỉ (nếu khác với địa chỉ của tham dự viên) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Người liên lạc thứ hai:** \_\_\_\_\_

Quan hệ: \_\_\_\_\_

Điện thoại di động: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Địa chỉ ( nếu khác với địa chỉ của người liên lạc chính thức): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_