**Заявка лица, сопровождающего участника
Регионального Чемпионата Абилимпикс**

\* - поля, обязательные для заполнения

|  |
| --- |
| **Личные данные** |
| Фамилия\* |  |
| Имя\* |  |
| Отчество\* |  |
| Эл. почта\* |  |
| Телефон\* |  |
| Пол\* |  |
| СНИЛС\* |  |
| Дата рождения\* |  |
| Регион\* |  |
| Город/населенный пункт\* |  |
| Статус сопровождающего\* (преподаватель, руководитель обр. организации, родитель, другое) |  |
| Роль сопровождающего\* (ассистент-помощник, сурдопереводчик, педагог-психолог, тифлосурдопереводчик) |  |
| Место работы\* |  |
| Должность\* |  |
| Стаж работы\* |  |
| Размер одежды\* |  |
| Опыт работы с лицами, имеющими инвалидность (да/нет) |  |
| **Сопровождаемый участник** |
| Фамилия\* |  |
| Имя\* |  |
| Отчество\* |  |