**MATCHNINGSSKEMA TIL**

**CENTER FOR DØVBLINDHED OG HØRETAB**

**Kompenserende specialundervisning for voksne**

**Kursist**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kursistens fulde navn:** |  |
| **Cpr.nr.:** |  |
| **Adresse:** |  |
| **Postnummer og by:** |  |
| **Telefonnr. mobilnr.** **Evt. faxnr:** |  |
| **E-mail:**  |  |

**Kommune**

|  |  |
| --- | --- |
| **Handlekommune:** |  |
| **Sagsbehandlers navn:** |  |
| **Sagsbehandlers tlf. nr.:** |  |
| **Sagsbehandlers mail:** |  |
| **Betalingskommune:** |  |
| **EAN nummer:** |  |

**Kursus**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kursusindhold:** |  |
| **Hold-/eneundervisning:** |  |
| **Samlet timetal:** |  |
| **Startdato – slutdato:** |  |

**Visiterende myndigheds påtegning**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato:** |  |
| **Godkendt af:** |  |
| **Øvrige bemærkninger:** |  |
| **Ansøgningsfrist:** | 1. april henholdsvis 1. november  |

**Kursistens forudsætninger og ressourcer**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kursistens forudsætninger og ressourcer i forhold til ønskede kursus:**  |  |
| **Kursistens ønsker til kursusindhold:** |  |
| **Individuelle mål for undervisningen:** |  |
| **Evaluering af tidligere undervisning (vedlæg eventuelt bilag):** |  |

**Matchningsskemaet sendes til:**

Center for Døvblindhed og Høretab

Kollegievej 1

Postboks 130

9100 Aalborg

Att. Lene Rueskov Pedersen, Administration og kompetenceudvikling

ELLER

via sikker post til cdh@rn.dk