PREZENTACIJA - BOCCIA

DP_____

Ime	**Priimek**	**Diagnoza:** **tetraplegija/ tetrapareza/ paraplegija/ parapareza/**	**Uporaba vozička:** **električni/ navadni/**	**Gibljivost zgornjih udov:** **onemogočena/ delno/ funkcionalna/**

Kraj;_____, dne_____ Podpis odgovorne osebe: