**DATE PERSONALE**

**ABA KIDS**

**NUME:**

**PRENUME:**

**DATA NAȘTERII:**

**ADRESĂ:**

**NR. TEL.:**

**MAIL:**

**LOCUL DE DESFĂȘURARE AL ACTIVITĂȚII:**

**PERMIS DE CONDUCERE:**

**Terapeut ABA și/sau Shadow:**

**Intervalul oral disponibil pentru desfășurarea activității:**

**Numărul de ore disponibile într-o zi:**

**Care este numărul maxim de copiii cu care doriți să lucrați într-o zi:**

**Zona/ Zonele în care doriți să vă desfășurați activitatea:**

**Dacă suneți din București, doriți să lucrați și în zonele din apropierea acestuia?**

Alte lucruri de care doriți să ținem cont: