



**Kwestionariusz rejestracyjny dla osób ubiegających się
o pomoc Biura ds. Osób Niepełnosprawnych APS
nr**

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko
2. Imię.....
3. Nr PESEL
4. Adres zamieszkania.....
5. Adres zameldowania

DANE DO KONTAKTU

1. Tel. Komórkowy
2. E-mail (czytelnie).....

INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW

1. Rok, kierunek, specjalność (osoby studiujące na więcej niż jednej specjalności proszę o podanie tych specjalności):
-
-

2. Rodzaje studiów

- a) studia jednolite magisterskie (5-letnie)
- b) studia I stopnia (licencjackie)
- c) studia II stopnia (magisterskie 2-letnie)
- d) inny rodzaj studiów

3. Tryb studiów

- a) studia stacjonarne (dienne)
- b) studia niestacjonarne (zaoczne)

INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI lub CHOROBY

1. Stopień niepełnosprawności (orzeczony przez komisję lekarską)
 - a) st. znaczny
 - b) st. umiarkowany
 - c) st. lekki
 - d) brak orzeczonego stopnia

2. Typ niepełnosprawności
 - a) narząd ruchu
 - b) narząd wzroku
 - c) narząd słuchu
 - d) z tytułu ogólnego stanu zdrowia
 - e) inna (jaka?)

3. Opis niepełnosprawności
(proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność uwzględniając w szczególności takie informacje, które mogą okazać się ważne przy doborze odpowiedniej pomocy):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Dokumentacja medyczna (proszę wskazać, jakie dokumenty udostępni Pan/Pani pracownikowi BON - np. orzeczenie)

.....
.....

TRUDNOŚCI W STUDIOWANIU

1. Jakie trudności spowodowały chęć skorzystania z pomocy BON ?

.....
.....
.....
.....
.....

2. Rodzaj oczekiwanej pomocy (proszę krótko napisać, jakiej pomocy oczekuje Pan/Pani od pracowników BON)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Akademię Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej podanych przeze mnie informacji w celu udzielenia im niezbędnej pomocy zgodnie z Ustawą z 29.sierpnia 1997 o Ochronie danych Osobowych (Dz.U. 2016 poz. 922).

/Data/

/ Podpis/