

**Załącznik nr 7 do Regulaminu - Analiza potrzeb osób z niepełnosprawnościami**



Przyczyna niepełnosprawności (kod) - PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZGODNIE Z ORZECZENIEM:
<input type="checkbox"/> 05-R - narząd ruchu
<input type="checkbox"/> 04-O - narząd wzroku
<input type="checkbox"/> 03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
<input type="checkbox"/> 01-U - upośledzenie umysłowe
<input type="checkbox"/> 07-S - choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 10-N - choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 09-M - choroby układu moczowo-płciowego
<input type="checkbox"/> 02-P - choroby psychiczne
<input type="checkbox"/> 06-E - epilepsja
<input type="checkbox"/> 08-T - choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> 12-C - całościowe zaburzenia rozwojowe
<input type="checkbox"/> 11-I - inne
<input type="checkbox"/> w orzeczeniu nie wskazano przyczyny niepełnosprawności

Proszę wskazać, które z usprawnień mogą pomóc w korzystaniu ze wsparcia w ramach Projektu:
<input type="checkbox"/> specjalistyczny transport na miejsce realizacji wsparcia
<input type="checkbox"/> dostosowania architektoniczne budynku:
w tym: <input type="checkbox"/> budowa podjazdów <input type="checkbox"/> montaż platform, wind, podnośników
<input type="checkbox"/> oznakowanie budynku elementami kontrastowymi i wypukłymi
<input type="checkbox"/> dostosowania infrastruktury komputerowej (np. <b>program powiększający, mówiący</b> )
<input type="checkbox"/> alternatywne formy przygotowania materiałów projektowych:
w tym: <input type="checkbox"/> wersje elektroniczne dokumentów <input type="checkbox"/> wersje pisane alfabetem Braille'a
<input type="checkbox"/> wersje w druku powiększonym
<input type="checkbox"/> nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym
<input type="checkbox"/> dostosowanie akustyczne (systemy wspomagające słyszenie)
<input type="checkbox"/> asystent tłumaczący na język łątwy
<input type="checkbox"/> asystent osoby z niepełnosprawnością
<input type="checkbox"/> tłumacz języka migowego lub tłumacz-przewodnik
<input type="checkbox"/> przewodnik dla osoby mającej trudności w widzeniu
<input type="checkbox"/> inne
Jakie? Proszę wskazać inne usprawnienia:

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis Kandydata (Ucznia lub Nauczyciela)

.....  
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego niepełnoletniego Kandydata (Ucznia) (jeśli dotyczy)