



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

CZĘŚĆ A:

Specjalne potrzeby edukacyjne Ucznia/ Uczennicy - PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZGODNIE Z ORZECZENIEM, OPINIĄ, ROZPOZNANIEM, itp.
<u>Specjalne potrzeby edukacyjne Ucznia/ Uczennicy wynikają w szczególności:</u>
<input type="checkbox"/> z niepełnosprawności
<input type="checkbox"/> z niedostosowania społecznego
<input type="checkbox"/> z zagrożenia niedostosowaniem społecznym
<input type="checkbox"/> z zaburzeń zachowania lub emocji
<input type="checkbox"/> ze szczególnych uzdolnień
<input type="checkbox"/> ze specyficznych trudności w uczeniu się
<input type="checkbox"/> z deficytów kompetencji i zaburzeń sprawności językowych
<input type="checkbox"/> z choroby przewlekłej
<input type="checkbox"/> z sytuacji kryzysowych lub traumatycznych
<input type="checkbox"/> z niepowodzeń edukacyjnych
<input type="checkbox"/> z zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi
<input type="checkbox"/> z trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą

Proszę wskazać, które z usprawnień mogą pomóc Uczniowi/ Uczennicy w korzystaniu ze wsparcia w ramach Projektu:
<input type="checkbox"/> dostosowanie warunków kształcenia:
<input type="checkbox"/> dostosowanie wymagań edukacyjnych:
<input type="checkbox"/> dostosowanie organizacji procesu kształcenia:
Jakie inne? Proszę wskazać inne usprawnienia:



CZĘŚĆ B:

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

Proszę wskazać, które z usprawnień mogą pomóc Uczniowi/ Uczennicy w korzystaniu ze wsparcia w ramach Projektu:
<input type="checkbox"/> specjalistyczny transport na miejsce realizacji wsparcia
<input type="checkbox"/> dostosowanie 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"/> dostosowanie infrastruktury komputerowej (np.: <u>program powiększający, mówiący</u>)
<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 inne? Proszę wskazać inne usprawnienia:

.....
Data

.....
Czytelny podpis Kandydata (Ucznia/ Uczennicy)

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
niepełnoletniego Kandydata (Ucznia/ Uczennicy)
(jeśli dotyczy) 1

1 W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej analiza potrzeb powinna zostać podpisana przez jej prawnego opiekuna.