



**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie**  
**Pełnomocnik Rektora ds. Studentów Niepełnosprawnych**

**Kwestionariusz dla niepełnosprawnego studenta PWSZ Głogów**

**UWAGA!!!**

Na podstawie informacji zawartych w kwestionariuszu zostanie ustalona forma egzaminów oraz zakres działań w czasie studiów, nakierowanych na niepełnosprawnego studenta. Prosimy, więc o rzetelne wypełnienie kwestionariusza i podawanie informacji zgodnych z prawdą

<b>DANE PERSONALNE</b>														
1.	Nazwisko													
2.	Imię													
3.	Nr PESEL	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
4.	Adres zamieszkania													
<b>DANE DO KONTAKTU</b>														
6.	Adres korespondencyjny z kodem pocztowym (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny, niż adres zamieszkania)													
7.	Tel. komórkowy													
8.	Inny tel. kontaktowy													
9.	Adres e-mail													
10.	Preferowana forma kontaktu: <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> sms <input type="checkbox"/> list <input type="checkbox"/> list w powiększonym druku (wielkość czcionki: ..... )													

**INFORMACJE DOTYCZĄCE UKOŃCZENIA  
SZKOŁY ŚREDNIEJ**

11. System ukończenia szkoły średniej:  
 indywidualny tok kształcenia,  szkoła masowa,  
 inne (jakie?).....

**INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW**

**Nr albumu \_\_\_\_\_**

12. Rok i kierunek (Instytut) studiów (osoby studiujące na więcej niż jednym kierunku proszę o podanie wszystkich kierunków studiów).

13. Tryb studiów:  
 stacjonarne,  niestacjonarne.

**14. INFORMACJE DODATKOWE**

Proszę o wpisanie wszystkich informacji ważnych dla Pana/Pani sytuacji na Uczelni, np. informacji o nie zaliczonych przedmiotach, zaległych egzaminach, wpisach warunkowych itp.

**DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Proszę zakreślić odpowiednie i wypełnić w dalszej części kwestionariusza

1. Typ niepełnosprawności:

- dysfunkcja narządów ruchu  dysfunkcja narządu słuchu  dysfunkcja narządu wzroku  
 choroba przewlekła (Jaka?).....  Inne (jakie ?) .....

2. Wiek, w którym nastąpiła niepełnosprawność:

<p><b>3. Przyczyny niepełnosprawności:</b></p> <p><input type="checkbox"/> choroba, <input type="checkbox"/> wada wrodzona, <input type="checkbox"/> wypadek, <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....</p>
<p><b>4. Stopień niepełnosprawności lub grupa inwalidzka:</b></p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> umiarkowany, <input type="checkbox"/> znaczny,                      <input type="checkbox"/> I gr. <input type="checkbox"/> II gr. <input type="checkbox"/> III gr.</p>
<p><b>5. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:</b></p> <p><input type="checkbox"/> stałe, <input type="checkbox"/> czasowe (do kiedy?).....</p>
<p><b>6. Opieka medyczna, której Pani/Pan podlega:</b></p> <p><input type="checkbox"/> stała, <input type="checkbox"/> okresowa, <input type="checkbox"/> żadna.</p>
<p><b>7. Kuracja lekowa:</b></p> <p><input type="checkbox"/> stała <input type="checkbox"/> okresowa – jakie leki?..... <input type="checkbox"/> brak.</p>

**Kolejne części ankiety dotyczą specyfiki Pani/Pana niepełnosprawności. Jeśli przyczyną niepełnosprawności jest dysfunkcją narządów ruchu/słuchu/wzroku, prosimy o wypełnienie odpowiedniej części.**

**I. Osoba niesprawna ruchowo:**

**1. Rodzaj niepełnosprawności.....**

**2. Sposób poruszania się:**

z balkonikiem,  o kulach,  bez dodatkowego oprzyrządowania,  na wózku inwalidzkim.

**3. Chodzenie sprawia mi trudność:**

Tak

Poza budynkami     W budynkach

Nie

**4. Samodzielnie poruszam się za pomocą kul, balkonika, wózka:**

a) Poza budynkami:

Tak  Nie

b) W budynkach

Tak  Nie

Nie poruszam się samodzielnie (potrzebuję pomocy osób drugih)

**5. Dotychczasowa rehabilitacja:**

a) w domu systematycznie:

Tak  Nie

b) w ośrodku rehabilitacji systematycznie:

Tak  Nie

**6. Forma rehabilitacji:**

ćwiczenia  sprzęt rehabilitacyjny  sport  żadna

inna.....

**7. Czy potrafisz sam/sama:**

a) umyć się:

Tak  Nie

b) ubrać się:

Tak  Nie

c) skorzystać z toalety:

Tak  Nie

d) przygotować posiłek

Tak  Nie

e) posprzątać (wyrzucić kurze, umyć podłogę)

Tak  Nie

f) możliwość samodzielnego sporządzania notatek:

Tak  Nie

Dodatkowe informacje.....

.....

**II. Osoba z uszkodzonym narządem słuchu:**

**1. Jest Pani/Pan osobą:**

Niesłyszącą,  Niedosłyszącą (stopień uszkodzenia słuchu).....

**2. Czy korzysta Pani/Pan z aparatu słuchowego?**

Tak – od kiedy .....  Nie.

**3. Czy korzysta Pani/Pan z innych środków technicznych (np. mikroport, pętla indukcyjne):**

Tak – z jakich?.....  Nie.

**4. Sposób porozumiewania się:**

mowa  język migowy (PJM)  język migany (SJM)  na piśmie

5. Czy odczytuje Pani/Pan mowę z ruchu warg:

Tak  Nie

6. Czy potrzebuje Pani/Pan tłumacza języka migowego na:

a) na zajęciach:

Tak  Nie

b) na egzaminie wstępnym:

Tak  Nie

7. Inne uwagi.....

**III. Osoba z uszkodzonym narządem wzroku:**

1. Jest Pani/Pan osobą:

niewidomą,  niedowidząca (ubytek wzroku)

2. Wiek, w którym nastąpiło uszkodzenie wzroku (utrata).....

3. Czy korzysta Pani/Pan ze środków technicznych (np. komputer, powiększalnik, itp.)?:

Tak – jakich?.....  Nie

4. Czy posługuje Pani/Pan się zwykłym pismem?

a) w czytaniu:

Tak  Nie

b) w piśmie:

Tak  Nie

5. Czy zna Pani/Pan i stosujesz pismo Brajla?

Tak  Nie

6. Czy używa Pani/Pan do pisania maszyny brajlowskiej?

Tak  Nie

Upoważniam Uczelnię do przetwarzania moich danych osobowych (zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. Nr 133, poz. 883)

.....  
(data i podpis)

Informacje dodatkowe:

Proszę opisać trudności pojawiające się podczas studiów

Proszę scharakteryzować pomoc, jakiej oczekuje Pani/Pan od Pełnomocnika Rektora ds. Studentów Niepełnosprawnych.

Moja propozycja zaangażowania na rzecz biura, pozostałych studentów niepełnosprawnych oraz innych. (np. aktywność kulturalna, aktywność na rzecz dzieci itd. ).