

Formularz zgłaszania specjalnych potrzeb na etapie rekrutacji oraz udzielanego wsparcia w ramach projektu „Dolnośląski program pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń”

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SPECJALNE POTRZEBY		
Imię:	Nazwisko:	Telefon (obowiązkowo):
Specjalne potrzeby dotyczą Kandydata/teki lub Stypendysty/teki: ☐ TAK ☐ NIE		
Specjalne potrzeby dotyczą opiekuna faktycznego/rodzica Kandydata/teki lub Stypendysty/teki: ☐ TAK ☐ NIE		

INFORMACJA O SPECJALNYCH POTRZEBACH
Jeśli wymagasz dodatkowego wsparcia w zakresie rekrutacji lub udziału w projekcie wskaż nam, co możemy zrobić, aby ułatwić Ci rekrutację i udział w projekcie:
Specjalne potrzeby dotyczą opiekuna faktycznego/rodzica Kandydata/teki lub Stypendysty/teki: ☐ Dostosowanie przestrzeni do potrzeb niepełnosprawności ruchowej? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: ☐ Zapewnienie tłumacza języka migowego? ☐ Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką? ☐ Zapewnienie materiałów w języku prostym (ETR)? ☐ Inne jakie:..... :.....

Miejscowość:	Data:	Podpis Kandydata/Kandydatki lub osoby reprezentującej Kandydata/Kandydatkę
--------------	-------	--

