

Formularz określenia potrzeb uczestnika z niepełnosprawnościami podczas szkolenia

1. Dane uczestnika

Imię i nazwisko:

Telefon / e-mail:

Preferowana forma kontaktu:

2. Rodzaj niepełnosprawności (opcjonalne)

(Informacja dobrowolna – wyłącznie w celu zapewnienia odpowiedniego wsparcia)

☐ Ruchowa

☐ Wzrokowa

☐ Słuchowa

☐ Intelktualna

☐ Psychiczna

☐ Zaburzenia ze spektrum autyzmu

☐ Inna (jaka?):

3. Wymagane dostosowania podczas szkolenia

A. Dostępność miejsca i mobilność

☐ Dostęp bez barier (podjazd, winda)

☐ Miejsce dla wózka / dodatkowa przestrzeń

☐ Pomoc w przemieszczaniu się

☐ Inne:

B. Dostosowania sensoryczne

☐ Słuchawki wyciszające

☐ Ograniczenie hałasu / miejsca o niższej stymulacji

☐ Materiały drukowane dużą czcionką

- ☐ Audiodeskrypcja
- ☐ Tłumacz języka migowego PJM / SJM
- ☐ Pętla indukcyjna
- ☐ Inne:

C. Dostosowania materiałów szkoleniowych

- ☐ Materiały w wersji elektronicznej
- ☐ Kontrastowe materiały drukowane
- ☐ Napisy do filmów
- ☐ Inne:

D. Dodatkowe wsparcie osobiste

- ☐ Asystent osoby z niepełnosprawnością
- ☐ Zezwolenie na udział z psem asystującym
- ☐ Inne:

4. Potrzeby dotyczące przerw i czasu pracy

- ☐ Dodatkowy czas na wykonanie zadań
- ☐ Częstsze przerwy
- ☐ Miejsce do wyciszenia
- ☐ Inne:

5. Inne ważne informacje lub prośby

.....

.....

6. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych wyłącznie w celu zapewnienia dostępności szkolenia:

TAK / NIE

Podpis: Data: