



02-366 Warszawa
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 18
tel. +48 22 646 20 60
tel./fax +48 22 646 34 18
rekrutacja@wsiiz.pl
wsiiz.pl

Biura ds. Osób z Niepełnosprawnością.

Kwestionariusz rejestracyjny dla studentów ubiegających się o wsparcie Biura ds. Osób Niepełnosprawnych

Dane osobowe

1. Nazwisko
2. Imię
3. PESEL
4. Telefon
5. Adres e-mail

Dane dotyczące studiów

1. Nr albumu
2. Rok studiów, kierunek i forma studiów
-
-

Informacje dotyczące niepełnosprawności i/lub

szczególnych potrzeb zdrowotnych

1. Stopień niepełnosprawności potwierdzony odpowiednim dokumentem:

- a) znaczny
- b) umiarkowany
- c) lekki
- d) brak orzeczonego stopnia

2. Rodzaj niepełnosprawności (jeśli dotyczy)

a) narząd ruchu

b) narząd wzroku

c) narząd słuchu

d) inne

3. Krótki opis problemów zdrowotnych i/lub choroby

.....
.....
.....

4. Trudności związane ze studiowaniem jakie napotyka student

.....
.....
.....

5. Rodzaj i forma oczekiwanej pomocy

.....
.....

.....

data i podpis