# OCZEKIWANIA STUDENTÓW ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI

Dążymy do zapewnienia jak najlepszych warunków studiowania, uwzględniających oczekiwania wszystkich studentów a w szczególności potrzeby związane z problemami i dysfunkcjami zdrowotnymi. W związku z powyższym, uprzejmie prosimy o odpowiedź na poniższe pytania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PYTANIA I MOŻLIWE ODPOWIEDZI** | **ODPOWIEDŹ** |
| **1.** | **Czy oczekujesz od Uczelni szczególnej formy indywidualnego wsparcia w formie konsultacji ze względu na stan swojego zdrowia? Jakiego rodzaju konsultacji potrzebujesz?** |  |
| a. | Konsultacje w sprawie dodatkowych form wsparcia i programów dla osób przewlekle chorych i z niepełnosprawnością |  |
| b. | Konsultacje z psychologiem |  |
| c. | Konsultacje z lekarzem medycyny |  |
| d. | Konsultacje ze specjalistą w zakresie rehabilitacji |  |
| e. | Konsultacje z działem praktyk w sprawie rynku pracy |  |
| f. | Inny rodzaj konsultacji (jaki?) |  |
| **2.** | **Czy Twoje problemy i dysfunkcje zdrowotne związane są z:** |  |
| a. | narządem słuchu |  |
| b. | narządem wzroku |  |
| c. | narządem ruchu |  |
| d. | zaburzeniami psychicznymi |  |
| e. | chorobami przewlekłymi |  |
| f. | wiekiem |  |
| g. | Odczuwam inne problemy i dysfunkcje zdrowotne (jakie?) |  |
| **3.** | **Czy potrzebujesz wsparcia ze strony asystenta dydaktycznego** |  |
| a. | Tak – pomoc w poruszaniu się na terenie Uczelni |  |
| b. | Tak – pomoc w robieniu notatek i uczestnictwie w zajęciach |  |
| c. | Tak – pomoc tłumacza języka migowego |  |
| d. | Inny rodzaj wsparcia ze strony asystenta dydaktycznego (jaki?) |  |
| e. | Nie potrzebuję asystenta dydaktycznego |  |
| **4.** | **Czy potrzebujesz dodatkowego wsparcia w procesie uczenia się ze względu na stan swojego zdrowia?** |  |
| a. | Udostępnianie materiałów do zajęć odpowiednio wcześniej, w postaci umożliwiającej zapoznanie się z nimi |  |
| b. | Stosowanie przez wykładowców środków dydaktycznych umożliwiających odbiór informacji kanałem wzrokowym |  |
| c. | Przekazywanie treści wykładów/ćwiczeń w formie elektronicznej w formacie tekstowym lub html, pozwalających na zastosowanie programów udźwiękawiających |  |
| d. | Dodatkowe indywidualne konsultacje z wykładowcą |  |
| e. | Zamiana formy egzaminu (na ustny lub pisemny) |  |
| f. | Wydłużenie czasu trwania egzaminu |  |
| g. | Indywidualna organizacja studiów |  |
| h. | Inny rodzaj wsparcia dydaktycznego lub organizacyjnego (jaki?) |  |
| i. | Nie potrzebuję takich form wsparcia |  |
| **5.** | **Czy potrzebujesz specjalnego sprzętu i oprogramowania wspomagającego korzystanie z procesu dydaktycznego?** |  |
| a. | Systemu FM |  |
| b. | Dyktafonu |  |
| c. | Powiększalnika /lupy |  |
| d. | Oprogramowania powiększającego |  |
| e. | Oprogramowania udźwiękawiającego |  |
| f. | Specjalistycznej klawiatury |  |
| g. | Drukarki brajlowskiej |  |
| h. | Dostępu do książek i publikacji w postaci e-booków i nagrań mp3 |  |
| i. | Innego sprzętu lub/i oprogramowania (jakiego?) |  |
| j | Nie potrzebuję |  |
| **6.** | **Czy oczekujesz od Uczelni innych form wsparcia wspomagających edukację (np. w zakresie opieki zdrowotnej, rehabilitacji, zajęć sportowych itp.)?** | |
| a. | Tak – jakich i w jakim zakresie? |  |
| b. | Nie |  |

Dziękujemy za odpowiedzi. Pomogą one w pełni dostosować warunki studiowania i system wsparcia do potrzeb zdrowotnych wszystkich naszych studentów.

W przypadku chęci skorzystania z jakiejkolwiek formy wsparcia na Uczelni zapraszamy do wypełnienia wniosku o wsparcie dostępnego na stronie Uczelni Student – Studenci niepełnosprawni (<https://www.vistula.edu.pl/student/studenci-niepelnosprawni>)

W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt:

Patryk Kaleta

Mail:[**p.kaleta@vistula.edu.pl**](mailto:p.kaleta@vistula.edu.pl)

Telefon: [**22 45-72-321**](tel:224572321)

Wypełniając ankietę wyrażam zgodę na wykorzystanie przez AFiB Vistula / SGTiH Vistula podanych przeze mnie danych i informacji w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy zgodnie z Ustawą z dnia 29. sierpnia 1997r. (Dz. U. Nr 133 poz. 833). □

Wyrażam zgodę na udział w prowadzonych przez AFiB Vistula / SGTiH Vistula badaniach społecznych dotyczących warunków studiowania i potrzeb związanych z problemami i dysfunkcjami zdrowotnymi studentów. □