



Załącznik nr 1
do Regulaminu wspierania studentów z niepełnosprawnościami lub innymi szczególnymi
potrzebami przez asystentów

Data

INDYWIDUALNA KARTA POTRZEB

Imię i nazwisko studenta
ubiegającego się o wsparcie asystenckie:

.....

Rok studiów:.....

Kierunek:.....

Kontakt:.....

Oczekiwany zakres wsparcia (proszę wymienić)	Liczba godzin

Podpis studenta
