



Ankieta: Twoje potrzeby i preferencje

Cel ankiety: Zapewnienie wszystkim uczestnikom i uczestniczkom komfortowych warunków podczas wydarzenia. Twoje odpowiedzi są **dobrowolne i poufne**.

Co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się u nas komfortowo?
Proszę zaznaczyć właściwą opcję:

Dane podstawowe

- Imię: _____
- Wiek (opcjonalnie): _____
- Uczestniczę: ☐ Sam/a ☐ Z osobą towarzyszącą Jeśli tak, opisz:

Potrzeby osób z niepełnosprawnościami

1. Dostępność architektoniczna

- ☐ Wejście na poziomie terenu
- ☐ Pochylnia
- ☐ Winda
- ☐ Miejsce siedzące
- ☐ Brak barier w przemieszczaniu się

2. Informacja i komunikacja

- Preferowana forma przekazu: ☐ Tekst pisany ☐ Materiały graficzne ☐ Audio ☐ Język łatwy ☐ Język migowy ☐ Inne: _____
- ☐ Materiały wydrukowane większą czcionką
- ☐ Materiały w alfabecie Braille'a
- ☐ Tłumacz PJM / SJM / SKOBN
- ☐ Pętla indukcyjna
- ☐ Wolniejsze tempo komunikacji (tłumaczenia, mówienia)



- ☐ Odczytywanie komunikatów z ust
- ☐ Czytnik ekranu / lupa / inne technologie wspomagające
- ☐ Wsparcie asystenta w komunikacji

3. Wsparcie osobiste

- ☐ Wsparcie asystenta osoby niewidomej / głuchoniewidomej / z niepełnosprawnością ruchową
- ☐ Obecność osoby towarzyszącej
- ☐ Zapewnienie warunków dla psa asystującego

4. Preferencje sensoryczne

- Potrzeby związane z: ☐ Hałasem ☐ Światłem ☐ Zapachem ☐ Dotykiem
Opisz: _____

Potrzeby innych grup

1. Trudności poznawcze / emocjonalne

- ☐ Preferuję informacje uproszczone lub wizualne
- ☐ Potrzebuję spokojnej przestrzeni lub wsparcia emocjonalnego

2. Dzieci i opiekunowie

- ☐ Potrzebuję miejsca do karmienia / przewijania / spokojnej przestrzeni
- ☐ Dziecko ma specjalne potrzeby: _____

3. Seniorzy

- ☐ Potrzebuję większej czcionki, spokojniejszego tempa, pomocy w poruszaniu się
- ☐ Korzystam z urządzeń wspomagających: ☐ Aparat słuchowy ☐ Laska ☐ Balkonik

4. Osoby z doświadczeniem migracyjnym

- ☐ Potrzebuję tłumaczenia materiałów. Język: _____
- ☐ Kwestie kulturowe do uwzględnienia: _____

5. Dieta i zdrowie



- ☐ Mam potrzeby żywieniowe: ☐ Wegetarianizm ☐ Weganizm ☐
Bezglutenowa ☐ Nietolerancja laktozy ☐ Alergie: _____ ☐
Inne: _____
- ☐ Przyjmuję leki, które wymagają uwzględnienia w planie dnia

6. Tymczasowe ograniczenia

- ☐ Mam ograniczenia ruchowe (np. kontuzja, ciąża):

7. Inne potrzeby

- ☐ Mam inne potrzeby (opisz jakie)

Dziękujemy za Twój czas! Twoje potrzeby są dla nas bardzo ważne.