|  |
| --- |
| **Demografik Bilgiler** |
| Adı Soyadı: | Enstitü/Fakülte/Yüksekokul: |
| Öğrenci Numarası: | Bölümü: |
| E-posta Adresi: | Sınıfı: |
| Telefon: |  |
| **Acil Durumlarda Ulaşılacak Kişi** |
| Adı Soyadı: | Telefon Numarası: |
| **Yetersizlik Türü (Belgelendirebileceğiniz yetersizliklerin tamamını işaretleyebilirsiniz)** |
| Görme Yetersizliği ☐ İşitme Yetersizliği ☐ Dil/ Konuşma Bozukluğu ☐ |
| Öğrenme Güçlüğü ☐ Bedensel/Fiziksel Yetersizlik ☐ Süreğen Hastalıklar ☐ |
| Otizm ☐ Diğer (lütfen belirtiniz): |
| **Kullandığınız ilaçlar var mı? Varsa yan etkilerini yazınız.** |
| **Uygun görüldüğü takdirde, talep ettiğiniz uyarlamalar/ihtiyaçlar nelerdir?** |
| Sınıfta Ses Kaydı Yapılması ☐ Braille Sınav Materyali ☐ |
| Derste Kullanılan Görselin/Tahtanın Fotoğrafının Çekilmesi ☐ |
| Ders Partneri (Aynı sınıfta eğitim gören öğrenci/öğrenciler) ☐ |
| Alternatif Formatta Ders Materyali (Geniş sayfa, büyük punto vb.) ☐ |
| Sınav İçin Yazıcı/Okuyucu ☐ Sınav Süresi Artırımı (%.....) ☐ |
| Sınıf Değişikliği/Sınıf İçinde Oturma Tercihi ☐ |
| Diğer (lütfen belirtiniz): |
| **Uyarlama Talep Ettiğiniz Dönem:** Güz ☐ Bahar ☐ Yaz ☐ **Uyarlama Talep Ettiğiniz Akademik Yıl:** |
| **Yetersizliğinizin, eğitim-öğretim ortamında nasıl kısıtlamalara neden olduğunu belirtiniz** |
| Bu formda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Talep ettiğim uyarlamalar için yetersizlik durumum ile ilgili resmi belgelendirme (sağlık raporu) yapacağımı ve bu uyarlamaların engelli öğrenci koordinatörlüğü tarafından ayrıntılı olarak incelenip ilgili bölüme/anabilim dalına iletilmesi sonrasında belirleneceğini kabul ediyorum. |
| Tarih: | İmza: |
| Koordinatörlük Onayı ve İmzası Tarih |