



EK-1 Hizmet Başvuru Formu

1. Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı		Meslek YO - Enstitü - Fakülte - Yüksekokul	
Öğrenci Numarası			
E-posta Adresi		Bölümü	
Telefon Numarası		Sınıfı	

2. Acil Durumlarda Ulaşılabilecek Kişi

Adı-Soyadı		Telefon Numarası	
------------	--	------------------	--

3. Yetersizlik Türü (Belgelendirebileceğiniz yetersizliklerin tamamını işaretleyebilirsiniz)

Görme Yetersizliği	<input type="checkbox"/>	İşitme Yetersizliği	<input type="checkbox"/>
Dil/Konuşma Bozukluğu	<input type="checkbox"/>	Öğrenme Güçlüğü	<input type="checkbox"/>
Zihinsel Yetersizlik	<input type="checkbox"/>	Otizm	<input type="checkbox"/>
Duygu ve Davranış Bozukluğu	<input type="checkbox"/>	Süreğen Hastalıklar	<input type="checkbox"/>
Bedensel/Fiziksel Yetersizlik	<input type="checkbox"/>	Diğer (lütfen belirtiniz) :	

4. Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı? Varsa yan etkilerini yazınız.

5. Engelinizle ilgili kullandığınız bir cihaz ya da araç var mı? Varsa ne olduğunu belirtiniz.



6. Uygun görüldüğü takdirde, talep ettiğiniz uyarlamalar/ihtiyaçlar nelerdir?

Sınıfta Ses Kaydı Yapılması

Ders Kullanılan Görselin/Tahtanın Fotoğrafının Çekilmesi

Braille Sınav Materyali

Ders Asistanı (Aynı sınıfta eğitim gören öğrenci/öğrenciler)

Alternatif Formatta Ders Materyali (Geniş sayfa, büyük punto vb.)

Sınav İçin Yazıcı/Okuyucu

Sınav Süre Artırımı (%)

Sınıf Değişikliği/Sınıf İçinde Oturma Tercihi

Diğer (lütfen belirtiniz):

Akademik yıl:

Uyarlama Talep Ettiğiniz Dönem:

Güz:

Bahar:

Engelinizin / özel durumunuzun eğitim-öğretim sürecinde ne gibi zorluklara 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 Birimi Koordinatörlüğü tarafından ayrıntılı olarak değerlendirilip, ilgili fakülte/yüksekokula iletilmesi sonrasında talep ettiğim hizmetlerin belirleneceğini kabul ediyorum.

İmza:

Tarih: