



Engelli Öğrenci Formu

Ad- Soyadı :
Öğrenci No :
Fakülte veya Yüksek Okul :
Yüksek Lisans/Doktora :
Bölüm, sınıf :
Telefon No :
E-posta Adresi :

Engel Türü

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Görme | <input type="checkbox"/> İşitme |
| <input type="checkbox"/> Fiziksel | <input type="checkbox"/> Dil ve Konuşma Bozukluğu |
| <input type="checkbox"/> Dikkat Eksikliği (hiperaktivite) | <input type="checkbox"/> Psikolojik |
| <input type="checkbox"/> Zihinsel | <input type="checkbox"/> Öğrenme Güçlüğü (disleksi) |
| <input type="checkbox"/> Kronik Hastalıklar | <input type="checkbox"/> Asperger Sendromu veya Otizm |
| <input type="checkbox"/> Geçici yetersizlikler (kırık,geçici ilaç kullanımı vs.) | |
| <input type="checkbox"/> Diğer engel durumu lütfen açıklayınız | |

Üniversitedeki eğitim yaşantınızın olumsuz etkilenmemesi için uygun görülürse çözüm beklediğiniz konular

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sınavlarda/ödev veya projelerde ek süre (%.....) | <input type="checkbox"/> Sözlü sınav |
| <input type="checkbox"/> Sınavlarda ayrı sınıf ve gözetmen/okutman/not tutucu | <input type="checkbox"/> Büyük baskı materyaller |
| <input type="checkbox"/> Sınıfta ses kaydı | <input type="checkbox"/> Braille materyaller |
| <input type="checkbox"/> Diğer | |

Destek alınmak istenen dönem

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Güz | <input type="checkbox"/> Yaz okulu |
| <input type="checkbox"/> Bahar | <input type="checkbox"/> Akademik Yıl |

Değerlendirmemiz gerektiğini düşündüğünüz eklemek istediğiniz başka bilgi varsa aşağıda belirtiniz.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

İmza

Tarih