



EK-1 Hizmet Başvuru Formu

Demografik Bilgiler		
Adı Soyadı:	Enstitü/Fakülte/Yüksekokul:	
Öğrenci Numarası:	Bölümü:	
E-posta Adresi:	Sınıfı:	
Telefon Numarası:		
Acil Durumlarda Ulaşılacak Kişi		
Adı-Soyadı:	Telefon Numarası:	
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"/>	Bedensel/Fiziksel Yetersizlik <input type="checkbox"/>	Süreğen Hastalıklar <input type="checkbox"/>
Otizm <input type="checkbox"/>	Diğer (lütfen belirtiniz):	
Kullandığınız ilaçlar var mı? Varsa yan etkilerini yazınız.		
Uygun görüldüğü takdirde, talep ettiğiniz uyarlamalar/ihtiyaçlar nelerdir?		
Sınıfta Ses Kaydı Yapılması <input type="checkbox"/>	Braille Sınav Materyali <input type="checkbox"/>	
Derste Kullanılan Görselin/Tahtanın Fotoğrafının Çekilmesi <input type="checkbox"/>		
Ders Partneri (Aynı sınıfta eğitim gören öğrenci/öğrenciler) <input type="checkbox"/>		
Alternatif Formatta Ders Materyali (Geniş sayfa, büyük punto vb.) <input type="checkbox"/>		
Sınav İçin Yazıcı/Okuyucu <input type="checkbox"/>	Sınav Süresi Artırımı (%.....) <input type="checkbox"/>	
Sınıf Değişikliği/Sınıf İçinde Oturma Tercihi <input type="checkbox"/>		
Diğer (lütfen belirtiniz):		
Uyarlama Talep Ettiğiniz Dönem: Güz <input type="checkbox"/>	Bahar <input type="checkbox"/>	Yaz <input type="checkbox"/>
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.

İmza:

Tarih:

Koordinatörlük Onayı ve İmzası

Tarih