

## Demografik Bilgiler

Ad-Soyad: \_\_\_\_\_ Öğrenci Numarası: \_\_\_\_\_

Bölüm: \_\_\_\_\_ Doğum Tarihi: \_\_\_\_\_

Ev Telefonu: \_\_\_\_\_ Cep Telefonu: \_\_\_\_\_

Sınıf:  Hazırlık  1  2  3  4  Yüksek Lisans/Doktora

E-posta: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

## Acil durumda ulaşılabilecek kişinin;

Adı-Soyadı: \_\_\_\_\_

Telefon Numarası: \_\_\_\_\_

## Engel Türü (Belgelendirebileceğiniz engel türlerinin hepsini işaretleyiniz):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asperger sendromu/Yüksek işlevli otizm   | <input type="checkbox"/> Körlük/Görme yetersizliği     |
| <input type="checkbox"/> Öğrenme güçlüğü                          | <input type="checkbox"/> Duygusal/Psikolojik           |
| <input type="checkbox"/> Dil/Konuşma bozukluğu                    | <input type="checkbox"/> Sağırılık/İşitme yetersizliği |
| <input type="checkbox"/> Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu | <input type="checkbox"/> Hareket güçlüğü/Fiziksel      |
| <input type="checkbox"/> Süreçten hastalıklar                     | <input type="checkbox"/> Edinilmiş beyin hasarı        |
| <input type="checkbox"/> Diğer Lütfen belirtiniz: _____           |  |

## Engel durumunuzun bir öğrenme ortamında sizi nasıl kısıtladığını belirtiniz:

---

---

---

## Uygun görülürse, hangi uyarlamaları almayı talep ediyorsunuz?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Süre artırımını (%_)                | <input type="checkbox"/> Gürültüden arındırılmış sınav ortamı   |
| <input type="checkbox"/> Büyük baskı materyaller             | <input type="checkbox"/> Not tutucu                             |
| <input type="checkbox"/> Barınma/Yurt                        | <input type="checkbox"/> Alternatif formatta ders materyali     |
| <input type="checkbox"/> Destekleyici teknoloji (bilgisayar) | <input type="checkbox"/> Braille materyalleri                   |
| <input type="checkbox"/> Ders partneri                       | <input type="checkbox"/> Yazıcı/Okuyucu                         |
| <input type="checkbox"/> Sınıfta ses kaydı yapılması         | <input type="checkbox"/> Sınıf içinde oturma yerini tercih etme |
| <input type="checkbox"/> Sözlü test                          | <input type="checkbox"/> Sınıf değişikliği                      |
| <input type="checkbox"/> Diğer _____                         | <input type="checkbox"/> Emin değilim                           |

Uyarlama desteği alınmak istenen dönem:  Güz  Bahar  Yaz

Akademik Yıl: \_\_\_\_\_

Destek ve uyarlama ihtiyacınızı belirleyebilmek için ilgili olduğunuzu ve Engelsiz Üniversite Öğrenci Birimi tarafından değerlendirilebileceğinizi düşündüğünüz diğer bilgileri lütfen aşağıda verilen alanda belirtiniz.

---

---

---

Bu formda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Talepte bulunduğum uyarlamalara ihtiyaç duyduğumu gösterebilmek için engel durumum ile ilgili belgelendirme yapmam gerektiğini anladım. Makul uyarlamaların, engelli hizmetleri uzmanı ile yapacağım görüşme ve tarafınıza sunmuş olduğum belgelerin ayrıntılı değerlendirilmesi sonrasında belirleneceğini kabul ediyorum.

İmza: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_