**ENGELSİZ EGE BİRİMİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ**

**ENGELLİ ÖĞRENCİ BİREYSEL UYARLAMA MEKTUBU**

**BAŞVURU FORMU**

**Kayıt No: \_\_\_ Tarih : ……/…../2023**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Öğrenci Adı-Soyadı |  | | | |
| Öğrenci Numarası |  | | | |
| Cep Telefonu |  | |  | |
| E-posta adresi |  | | | |
| Enstitü/Fakülte/Yüksekokul |  | | | |
| Bölüm |  | | | |
| Danışmanın Adı- Soyadı |  | | | |
| Sınıfı (İşaretleyiniz) | 1 2 3 4 Yüksek Lisans Doktora | | | |
| Engel Durumunuzu Belirten Sağlık Kurulu Raporunuz Var mı? (Uyarlama talebinde rapor beyan edilmelidir) | | | Evet  Hayır | |
| Özel gereksinim türü/Engelli **( Belgelendirebileceğiniz Engel türlerinin işaretleyiniz)** | | | | |
| Görme engelli | | | |  |
| İşitme engelli | | | |  |
| Bedensel/ortopedik engelli | | | |  |
| Zihinsel engelli | | | |  |
| Otizm spektrum bozukluğu | | | |  |
| Down Sendromu | | | |  |
| Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu | | | |  |
| Öğrenme güçlüğü | | | |  |
| Duygusal davranışsal bozukluk | | | |  |
| Dil ve konuşma bozuklukları | | | |  |
| Kronik hastalık/Süreğen hastalık (epilepsi, hepatit, diyabet, kalp ve damar hastalığı, kan, solunum hastalıkları vb.) | | | |  |
| Diğer/ Hastalığın adını mutlaka yazınız | |  | | |
| Engel oranını mutlaka yazınız | | **%……………..** | | |
| Engelli öğrenci bireysel uyarlama mektubu başvuru formu dolduran kişi adı soyadı Cep Telefonu | |  | | |
| Bu formda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Talep ettiğim uyarlamalar için engel durumum ile ilgili resmi belgelendirme ( sağlık raporu) yapmam gerektiğini anladım. Makul uyarlamaların, engelli danışma birimi tarafından ayrıntılı olarak incelenip, ilgili bölüme/anabilim dalına iletilmesi sonrasında belirleneceğini kabul ediyorum. | | | | |
| **Adı ve Soyadı** |  | | | |
| **Tarih** |  | | | |
| **İmzası** |  | | | |