**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) | EvetHayır |
| 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**  |  |