|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Eğitim Görülen Enstütü/Fakülte/MYO** |  |
| **Bölüm/Program** |  |
| **Sınıf** |  |
| **Danışman** |  |
| **İletişim Bilgileri** | **Cep Telefonu:****e-mail:** | **İmza:** |
| **Engel Durumu (Belgelendirebileceğiniz engel durumlarının hepsini işaretleyebilirsiniz.)** | Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu |  |
| İşitme Kaybı |  |
| Görme Kaybı |  |
| Görme-İşitme Kaybı |  |
| Ortopedik (Fiziksel) Engel |  |
| Dil ve Konuşma Bozukluğu |  |
| Duygusal ve Davranışsal Bozukluk |  |
| Öğrenme Güçlüğü |  |
| Otizm/Asperger Sendromu |  |
| Kronik Hastalık/Sağlık Sorunu |  |
| Diğer (……………………………………………………..) |  |
| **İhtiyaç Duyulan/Talep Edilen Hizmet Türü** | Ders Materyallerinin Alternatif Formatlarda Sunulması (Ses Kayıtları, Braille, Elektronik Format) |  |
| Ders Çalışmak için Yardımcı Kişi |  |
| İşaret Dili Çevirmeni |  |
| Ders Partneri  |  |
| Kütüphane Hizmetleri |  |
| Derslerin Kolay Ulaşılabilir Dersliklerde Yürütülmesi |  |
| Psikolojik Danışma |  |
| Kampus Oryantasyon Programı |  |
| Sınav Materyallerinin Alternatif Formatta Sunulması |  |
| Sınav için Yazıcı/Okuyucu |  |
| Sınav için Süre Uzatımı (%.....) |  |
| Diğer (…………………………………………………...) |  |