|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TEMEL BİLGİLER** | | | | | | | | | | |
| **Adı Soyadı** | |  | | | | | | | | |
| **Öğrenci Numarası** | |  | | | | | | | | |
| **Fakülte/Enstitü/YO/MYO** | |  | | | | | | | | |
| **Programı/Bölümü** | |  | | | | | | | | |
| **Öğretim Türü** | | ☐ | | Normal Öğretim | | ☐ | İkinci Öğretim | | | |
| **Sınıfı** | |  | | | | | | | | |
| **Telefon Numarası** | |  | | | | | | | | |
| **ACİL DURUMLARDA ULAŞILACAK KİŞİ** | | | | | | | | | | | |
| **Adı Soyadı** | | |  | | | | | | | | |
| **Telefon Numarası** | | |  | | | | | | | | |
| **ENGEL TÜRÜ**  *(Sağlık raporunuzda tanılanmış engel türünü işaretleyerek oranını belirtiniz.)* | | | | | | | | | | |
| ☐ | Görme Kaybı | | | | İşitme Kaybı | | | | | ☐ |
| ☐ | Dil / Konuşma Bozukluğu | | | | Öğrenme Güçlüğü | | | | | ☐ |
| ☐ | Zihin Yetersizliği | | | | Otizm | | | | | ☐ |
| ☐ | Duygu ve Davranış Bozukluğu | | | | Süreğen Hastalıklar | | | | | ☐ |
| ☐ | Bedensel / Fiziksel Yetersizlik | | | | Diğer  *Bu seçeneği işaretlemeniz durumunda lütfen aşağıdaki alana yetersizlik durumunuzu belirtiniz.* | | | | | ☐ |
| … | | | | | | | | | | |
| **Düzenli kullandığınız ilaç var mı? Varsa günlük yaşamınıza etki eden yan etkilerini aşağıdaki alanda belirtiniz.** | | | | | | | | ☐ | EVET | |
| ☐ | HAYIR | |
| … | | | | | | | | | | |
| **Engeliniz ile ilgili kullandığınız cihaz ya da araç var mı? Varsa aşağıdaki alanda belirtiniz.** | | | | | | | | ☐ | EVET | |
| ☐ | HAYIR | |
| … | | | | | | | | | | |
| **Eğitim aldığınız ortamda, engel durumunuza uygun düzenleme gerektiren unsurları ve bunların hangi kısıtlamalara yol açtığını belirtiniz:** | | | | | | | | | | |
| … | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygun görüldüğü takdirde, hangi uyarlamalardan faydalanmayı talep ediyorsunuz? Açıklayınız.** *(Bu kısımda uyarlama talep edilen dersleri ve uyarlamanın detaylarını belirtebilirsiniz.)* | |
| Sınıf içinde dersin ses kaydının[[1]](#footnote-1) yapılması | … |
| Engel türüne uygun ders materyali (görselleştirilmiş, büyük puntolu, Braille oluşturulmuş, vb.) | … |
| Engel türüne uygun sınav materyali (görselleştirilmiş, büyük puntolu, Braille oluşturulmuş, vb.) | … |
| Ders Partneri[[2]](#footnote-2) (Aynı sınıfta eğitim gören öğrenci/öğrenciler) görevlendirilmesi | … |
| Sınıf içinde kullanılan görselin/tahtanın fotoğrafının[[3]](#footnote-3) çekilmesi | … |
| Sınav için yazıcı/okuyucu görevlendirilmesi | … |
| Sınav için ek süre | … |
| Derslerin kolay ulaşılabilir dersliklerde yürütülmesi | … |
| Diğer (Açıklayınız) | … |
| **Uyarlama talep ettiğiniz dönem:** | Güz ( ) Bahar ( ) |

Bu formda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Talep ettiğim uyarlamalar için engel durumum ile ilgili resmî belgelendirme (sağlık raporu) yapmam gerektiğini anladım. Makul uyarlamaların, ilgili bölüm/anabilim dalı/program yönetimince incelendikten sonra belirleneceğini kabul ediyorum.

Öğrenci İmza:

Tarih:

Formu Teslim Alan (Birim engelli öğrenci temsilcisi):[[4]](#footnote-4)

Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:

1. Talebin onaylanması halinde “ELZ-FRM-0004 Ses Kaydı Taahhütnamesi”nin doldurulması zorunludur. [↑](#footnote-ref-1)
2. Talebin onaylanması halinde “ELZ-FRM-0002 Ders Partneri Taahhütnmesi”nin doldurulması zorunludur. [↑](#footnote-ref-2)
3. Talebin onaylanması halinde “ELZ-FRM-0005 Fotoğraf Kayıt Taahhütnamesi”nin doldurulması zorunludur. [↑](#footnote-ref-3)
4. Bu form, bir adet öğrencide, bir adet ilgili bölümde/programda ve bir adet engelli öğrenci birim temsilcisinde kalacak biçimde 3 adet doldurulmalıdır. Form, birim engelli öğrenci temsilcisi ile ilgili bölüm/programda değerlendirildikten sonra yapılacak uyarlamalara dair Engelsiz ISUBÜ Birimine bilgi verilmelidir. [↑](#footnote-ref-4)