**B.Ü. ENGELLİ ÖĞRENCİ BİRİMİ**

**Engelli Öğrenci Başvuru Formu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adınız– Soyadınız** |  | |
| **Numaranız** |  | |
| **Doğum Tarihiniz** |  | |
| **Fakülteniz/ Bölümünüz/Sınıfınız** |  | |
| **Cep telefon numaranız** |  | |
| **E-Mail** |  | |
| **Acil durumda ulaşılacak kişinin**  **Adı-Soyadı / cep telefon numarası** |  | |
| **ENGEL DURUMUNUZ İLE İLGİLİ BİLGİLER** | | |
| **Engeliniz nedir?** | Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu | ( ) |
|  | İşitme Kaybı | ( ) |
|  | Görme Kaybı | ( ) |
|  | Ortopedik (Fiziksel) Engel | ( ) |
|  | Duygusal Davranışsal Bozukluk | ( ) |
|  | Öğrenme Güçlüğü | ( ) |
|  | Otizm/Asperger Sendromu | ( ) |
|  | Kronik/Sağlık Sorunu | ( ) |
|  | Psikolojik Problemler | ( ) |
|  | Dİğer | ( ) |
| **Engel Durumunuz** | **Geçici** ( ) | **Kalıcı** ( ) |
| **Hangi alanlarda güçlük çekiyorsunuz?** | İşitme | ( ) |
|  | Görme | ( ) |
|  | Okuma / Yazma | ( ) |
|  | Konuşma | ( ) |
|  | Yürüme / Merdiven kullanma | ( ) |
|  | Elleri Kullanma | ( ) |
|  | Anlama / Düşünme / Konsantrasyon | ( ) |
|  | Diğer | ( ) |
| **Engelinizin eğitim hayatınızı olumsuz etkilememesi için ihtiyacınız olan hizmetler var mı?** | Sınav/ ders materyallerinin alternatif formatta sunulması | ( ) |
|  | Akran danışmanı / Gölge öğretmen | ( ) |
|  | Dersliklerin kolay ulaşılabilir olması | ( ) |
|  | Psikolojik danışma | ( ) |
|  | İşaret dili çevirmeni | ( ) |
|  | Sınav süresi uzatma/tek başına yapılması | ( ) |
|  | Diğer | ( ) |

**Kişisel verileriniz 6698 sayılı KVKK kapsamında korunmaktadır.**

**NOT:Engelli/Sağlık Raporunuzu Engelli Öğrenci Birim Temsilcinize / Engelli Öğrenci Birimine iletiniz.**

İmza : Tarih …./…./........