

Engelsiz BİLGİ Birimi Öğrenci Başvuru Formu

Bilgi Accessible Education Unit Student Application Form

Ad- Soyadı/ Name, surname :

Öğrenci No/ID Number :

Fakülte veya Yüksek Okul/Faculty or Schools :

Yüksek Lisans/Doktora/Graduate Schools/Doctoral Programs :

Bölüm, sınıf/Department, Level :

Telefon No ve E-posta Adresi/Mobile, e-mail :

Engel Türü/Type of Disability

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Görme/Visual impairment | <input type="checkbox"/> İşitme/Hearing disability |
| <input type="checkbox"/> Fiziksel/Physical disability | <input type="checkbox"/> Dil ve Konuşma Bozukluğu/Speech disorders |
| <input type="checkbox"/> Dikkat Eksikliği (Hiperaktivite) /ADD | <input type="checkbox"/> Psikolojik/Psychological disorders |
| <input type="checkbox"/> Zihinsel/Mental disorders | <input type="checkbox"/> Öğrenme Güçlüğü/Dislexia and ADHD |
| <input type="checkbox"/> Kronik hastalıklar/Chronic fatigue | <input type="checkbox"/> Asperger Sendromu veya otizm / Asperger's Syndrome or autism |
| <input type="checkbox"/> Geçici yetersizlikler/A temporary disability (kırık, geçici ilaç kullanımı vs.) : | |
| <input type="checkbox"/> Diğer engel durumu lütfen açıklayınız / Other disabilities – pls.explain : | |

Üniversitedeki eğitim yaşantınızın olumsuz etkilenmemesi için uygun görülürse çözüm beklediğiniz konular/ Supports that you expect to make your life easier during your university education

- Sınavlarda/ödev veya projelerde ek süre(% ...)/Additional time for exam or project
- Sınavlarda ayrı sınav sınıfı ve gözetmen /okutman/not tutucu/Examinations in a separate room with room supervisor.
- Sınıfta ses kaydı/ Recording of the course
- Sözlü sınav / Oral examinations
- Büyük baskı materyaller/ Enlarged materials
- Braille materyalleri/Braille materials
- Diğer/Other

Destek alınmak istenen dönem /Term that you request for support

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Güz /Fall Semester | <input type="checkbox"/> Yaz Okulu/Summer School |
| <input type="checkbox"/> Bahar/Spring Semester | <input type="checkbox"/> Akademik Yıl/Academic Year |

Değerlendirmemiz gerektiğini düşündüğünüz eklemek istediğiniz başka bilgi varsa aşağıda belirtiniz/ Please add below, other informations you think we need to evaluate

İmza:/Signature

Tarih/Date