

**T.C**

**YAŞAR ÜNİVERSİTESİ**

**ENGELLİ ÖĞRENCİ BİRİMİ**

**ENGELLİ ÖĞRENCİ SORUMLUSU GÖRÜŞME FORMU**

|  |
| --- |
| **……/ ….. /20…**  **……………………….. ENGELLİ ÖĞRENCİ BİRİMİ’NE** |
| |  |  | | --- | --- | | Öğrencinin Adı Soyadı |  | | Öğrenci Numarası |  | | Öğrenci T.C. Kimlik Numarası |  | | Enstitü/Fakülte/Yüksekokul |  | | Bölüm/Program |  | | Engel Durumu |  |   Yukarıda kimlik ve engel durumu belirtilen öğrenci ile “Uyarlama Değerlendirme ve Öneri Formu”nda yer alan hususlar dikkate alınarak görüşme gerçekleştirilmiştir.    Görüşme Notları:  Makul Uyarlamalar (Varsa):   * Tekerlekli Sandalye ile ulaşılabilecek derslik. * Sınav Gözetmeni olarak alan uzmanı kişinin görevlendirilmesi. * Sınav içerik ve formatına uygun ek süre verilmesi.     ……………. Bölümü Engelli Öğrenci Sorumlusu  …………………………………………  İmza |

*\*Engelli Öğrenci Birim Temsilcisi ilgili akademik yarıyılda en az iki kez görüşme gerçekleştirir, imzalı formun taranmış nüshasını Engelli Öğrenci*

*Birimine e-posta aracılığıyla iletir. (*[*eob@yasar.edu.tr*](mailto:eob@yasar.edu.tr) *)*