

**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* *)*