

**T.C.**

**YAŞAR ÜNİVERSİTESİ**

**ENGELLİ ÖĞRENCİ BİRİMİ**

**UYARLAMA DEĞERLENDİRME VE ÖNERİ FORMU**

|  |
| --- |
| **……/ ….. /20…**  **YAŞAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ’NE,** |
| |  |  | | --- | --- | | Öğrencinin Adı Soyadı |  | | Öğrenci Numarası |  | | Öğrenci T.C. Kimlik Numarası |  | | Enstitü/Fakülte/Yüksekokul |  | | Bölüm/Program |  | | Engel Durumu |  | | E – Posta Adresi |  | | Cep Telefonu  Ev Telefonu |  |     Kimlik bilgileri, kayıtlı olduğu program ve ekte sunduğu güncel sağlık raporu dikkate alınarak, ilgili öğrenciye, aşağıdaki gerekçeler doğrultusunda, makul uyarlama belgesi verilmesinin değerlendirilmesi hususunu arz ederim.  Uyarlamaya Esas Gerekçeler  Tıbbi Tespit:  Psikolojik Tespit:  Uyarlama Önerileri:  Psikolojik Danışma ve Rehberlik Birimi  Uzman Psikolog Zeynep Melis KÖSEOĞLU |