

**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. İlaveten Aşağıda yer alan makul uyarlamalar hususunda, öğrencinin ders aldığı öğretim üyeleri bilgilendirilmiş ve ayrıca ilgili makul uyarlamaların gereği yerine getirilmiştir.  Görüşme Notları:  Makul Uyarlamalar (Varsa):      ……………. 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) *)*