

Engelsiz ODTÜ KKK Birimi
Hizmet Başvuru Formu

Başvuru Tarihi:/...../.....

Demografik Bilgiler

Ad-Soyad: Öğrenci Numarası:
Bölüm: Doğum Tarihi:
Cep Telefonu: Ev Telefonu (varsa):
E-posta: Adres:

Sınıf: Hazırlık 1 2 3 4 Yüksek Lisans/Doktora

ODTÜ Kayıt Dönemi:
Mezun Olunan Lise:

Acil durumda ulaşılabilecek kişi

Adı-Soyadı (Yakınlığı):
Telefon Numarası:

Engel Türü (Belgelendirebileceğiniz engel türlerinin hepsini işaretleyiniz):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Otizm spektrum bozukluğu | <input type="checkbox"/> Körlük/Görme engeli |
| <input type="checkbox"/> Öğrenme güçlüğü | <input type="checkbox"/> Psikiyatrik tanılar |
| <input type="checkbox"/> Dil/Konuşma bozukluğu | <input type="checkbox"/> Sağırılık/İşitme engeli |
| <input type="checkbox"/> Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu | <input type="checkbox"/> Hareket güçlüğü/Fiziksel engel |
| <input type="checkbox"/> Süreçen hastalıklar | <input type="checkbox"/> Edinilmiş beyin hasarı |
| <input type="checkbox"/> Diğer - Lütfen belirtiniz: | |

Engel durumunuzun bir öğrenme ortamında sizi nasıl kısıtladığını belirtiniz:

Önceki eğitim hayatınızda (ilkokul, ortaokul veya lise) veya ÖSYM tarafından gerçekleştirilen sınavlarda sağlık durumunuzdan ötürü özel ders ya da sınav düzenlemesi aldınız mı? Yanıtınız Evet ise lütfen açıklayınız.

Destek ve uyarlama ihtiyacınızı belirleyebilmek için ilgili olduğunuzu ve Engelsiz ODTÜ Birimi tarafından değerlendirilebileceğini düşündüğünüz diğer bilgileri lütfen aşağıda verilen alanda belirtiniz.

Uygun görülürse, hangi uyarlamaları almayı talep ediyorsunuz?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Süre Arttırımı (%_____) | <input type="checkbox"/> Sözlü test |
| <input type="checkbox"/> Büyük basılı materyaller | <input type="checkbox"/> Gürültüden arındırılmış sınav ortamı |
| <input type="checkbox"/> Barınma/yurt | <input type="checkbox"/> Not tutucu |
| <input type="checkbox"/> Ders partneri | <input type="checkbox"/> Alternatif formatta ders materyali |
| <input type="checkbox"/> Sınıfta ses kaydı yapılması | <input type="checkbox"/> Sınıf içinde yerini değiştirme |
| <input type="checkbox"/> Diğer - Lütfen belirtiniz: | |

Uyarlama desteği alınmak istenen dönem: Güz Bahar Yaz

Uyarlama desteği alınmak istenen akademik yıl: _____