İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu’nda eğitim görmeye hak kazanan özel gereksinimli öğrencilerimizin ihtiyaç duyabilecekleri danışma ve destek hizmetlerinden yararlanabilmeleri için aşağıdaki formu eksiksiz bir şekilde doldurmaları gerekmektedir.

**Burada verilen bilgiler formu dolduran kişinin talebi olmadıkça gizli tutulacaktır.**

Formda yer alan bilgileriniz doğrultusunda Yüksekokulumuzun sunacağı destek ve akademik uyarlamalardan yararlanabilmeniz için tanınıza ilişkin geçerli ve resmi sağlık raporunu Engelsiz Kavram Koordinatörlüğü’ne bildirmeniz gerekmektedir.

|  |
| --- |
| **DEMOGRAFİK BİLGİLER** |
| Adı- Soyadı |  |
| Doğum Tarihi |  |
| Öğrenci Numarası |  |
| Cep Telefonu |  |
| Ev Adresi |  |
| E-Posta |  |
| Bölüm / Program |  |
| Sınıf | [ ]  Hazırlık [ ]  1. Sınıf [ ]  2. Sınıf |
| Akademik Danışmanı |  |
| Başvuru Tarihi |  |
| **Engel Türü (Belgelendireceğiniz engel türlerinin hepsini işaretleyiniz):** |
| [ ]  Zihinsel Yetersizlik[ ]  Görme Yetersizliği[ ]  İşitme Yetersizliği[ ]  Fiziksel / Bedensel / Ortopedik Yetersizlik[ ]  Dil ve Konuşma Bozuklukları[ ]  Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu [ ]  Psikiyatrik / Psikolojik Sorunlar[ ]  Duygusal Davranışsal Bozukluk[ ]  Öğrenme Güçlükleri (Özgül Öğrenme Güçlüğü)[ ]  Kronik Sağlık Sorunları (Epilepsi, hepatit, kalp ve damar, kan, solunum hastalıkları vb)[ ]  Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (Otizm, Asperger Sendromu vb.)[ ]  Geçici YetersizliklerDiğer Lütfen Belirtiniz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Engellilik Oranınız: %** |
| **Engeliniz ile ilgili ne zaman tanı aldınız?** |  |
| **Sağlık kurulu raporunuz var mı?** |  |
| **İşitme yetersizliğiniz varsa iletişim için hangi yolu daha çok kullanmaktasınız?**[ ]  İşitme yetersizliğim yok.[ ]  Sözel iletişim[ ]  Dudak okuma[ ]  İşaret dili[ ]  Diğer …………………………………….. |
| **Özel gereksinim durumunuza ilişkin kullandığınız yardımcı araçlar varsa belirtiniz.**[ ]  Yardımcı araca ihtiyaç duymuyorum.[ ]  Protez[ ]  Koltuk değneği[ ]  Tekerlekli sandalye[ ]  Baston[ ]  Kulak içi cihaz / koklear implant[ ]  Diğer …………………………………….. |
| **Görme sorununuz varsa genellikle ihtiyaçlarınız neler oluyor açıklayınız.**[ ]  Görme sorunum yok.[ ]  Görme sorunum var, ihtiyaç duyduğum alanlar; |
| **Yüksekokulumuzdaki eğitim yaşantınızın olumsuz etkilenmemesi için uygun görülürse çözüm beklediğiniz konular**[ ]  Yetersizlik türüne bağlı kalmak koşulu ile ders sırasında daha sık mola verilmesine imkân sağlanması[ ]  Ders takibinin sağlanması (Derste not tutacak yardımcı, ses kayıt cihazı, bilgisayar vb.)[ ]  Öğrenciye ders materyallerinin gerektiğinde ders öncesinde iletilmesi [ ]  Ders materyallerinin ihtiyaca göre organize edilmesi [ ]  Öğrencilerin öğretim elemanını ve tahtayı / projeksiyon cihazını iyi takip edebileceği bir yere oturmasının sağlanması ve uygun oturma düzeni oluşturulması[ ]  Sözlü sunumlarda görsel ve yazılı ifadenin tercih edilmesi[ ]  Dudak okuduğu için dersin öğrenciye dönük bir şekilde anlatılması[ ]  Büyük baskı materyaller [ ]  Braille materyalleri [ ]  Ödev veya projelerde ek süre / esneklik[ ]  Sınavlarda ek süre (Sınav süresinin en az 1/3 oranında)[ ]  Sözlü sınav [ ]  Sınavlarda ayrı sınav sınıfı ve gözetmen / okutman / not tutucu [ ]  Basılı / elektronik sınav kâğıtlarında yazı puntosunu büyütme[ ]  Yazılı sınav ve test sınavlarında bilgisayar kullanılmasına izin verilmesi[ ]  Psikolojik danışman desteği[ ]  Akran desteği[ ]  Ders partneri[ ]  Diğer………………………………………………………………………………………. |
| **Yüksekokulumuzda akademik ve sosyal yaşamınızın kolaylaştırılması için düzenleme yapılması gereksinimi duyduğunuz durumlar varsa yazınız.** (Sağlık hizmetleri, psikolojik danışmanlık hizmeti, erişim ile ilgili hizmetler vb.) |
| **Engel durumunuzun bir öğrenme ortamında sizi nasıl kısıtladığını ve varsa engeliniz ile ilgili belirtmek istediğiniz durumları yazınız.** |

[ ]  Bu formda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Talepte bulunduğum uyarlamalara ihtiyaç duyduğumu gösterebilmek için **Engellilik Oranını** bildiren geçerli ve resmi bir sağlık raporumu vermem gerektiğini anladım.

[ ]  Ders ve sınav uyarlamalarının gerçekleştirilebilmesi için gerekli görüldüğü takdirde dersin öğretim elemanlarına engel durumumla ilgili gerekli bilgilendirilmelerin gerçekleştirilmesine izin veriyorum.

Adı - Soyadı: İmza:

**İLETİŞİM**

Öğr. Gör. Melis HIDIR

Engelsiz Kavram Koordinatörü

**e-mail:** engelsizkavram@kavram.edu.tr