|  |
| --- |
| **Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Engelli Öğrenci Birimi Koordinatörlüğü** **Hizmet Başvuru ve Akademik Uyarlama Formu** |
| **Öğrencinin Demografik Bilgileri** |
| Adı Soyadı: | Öğrenci Numarası: |
| Fakülte/MYO/Enstitü: | Şube: |
| Bölümü: |
| İletişim Numarası: | Uyarlama Almak İstediği Dönem: Güz/Bahar |
| E-posta Adresi:  | Akademik Yıl: |
| **Yetersizlik Türü (Belgelendireceğiniz yetersizlik türlerinin hepsini işaretleyebilirsiniz)** |
| Görme Yetersizliği: |  | Ortopedik/Fiziksel Yetersizlik: |  |
| İşitme Yetersizliği: |  | Süreğen Hastalıklar: |  |
| Dil/Konuşma Bozukluğu: |  | Otizm Spektrum Bozukluğu: |  |
| Zihinsel Yetersizlik: |  | Asperger Sendromu: |  |
| Öğrenme Güçlüğü: |  | Diğer (Lütfen belirtiniz) : |
| Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: |  |
| **Uygun görüldüğü takdirde, aşağıdaki hangi uyarlamalardan faydalanmayı talep ediyorsunuz?** |
| Uyarlama Talep Edilen Ders Adı, Kodu veDersi Veren Öğretim Elemanın Adı Soyadı | **Sınıf İçi Akademik Uyarlamalar** | **Sınav Uyarlamaları** |
| Sınıfta Ses Kaydı Yapılması | Braille Ders Materyali | Büyük Puntolu Ders Materyali | Ders Partneri (Aynı sınıfta eğitim gören öğrenci/öğrenciler) | Sınıf İçinde Kullanılan Görselin Tahtanın Fotoğrafının Çekilmesi | Ders Materyallerinin (Varsa) Elektronik Formatta Temin Edilmesi | Sınıfta FM Ses Sistemi | Diğer | Braille Sınav Materyali | Büyük Puntolu Sınav Materyali | Sınav İçin Yazıcı/Okuyucu | Sınav İçin Süre Artırımı (%) | Diğer |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sınıf İçi Akademik ve Fiziksel Uyarlamalar Diğer (Açıklayınız): |
| Sınav Uyarlamaları Diğer (Açıklayınız) : |
| Diğer seçeneğini işaretleme durumunda veya yukardakiler dışındaki uyarlamalara karar vermek ve size daha iyi yardımcı olabilmemiz için, yetersizliğinizin/ özel gereksiniminizin eğitim aldığınız ortamda nasıl kısıtlamalara yol açtığını belirtiniz: |
| Birim Akademik Özel Gereksinimli Öğrenci Danışmanının Görüşü:**Adı Soyadı:****Tarih: İmza:** |
| Bu formda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Talep ettiğim uyarlamalar için özel gereksinimim (engel durumum) ile ilgili resmi belgelendirme (sağlık raporu) ve Birim Akademik Özel Gereksinimli Öğrenci Danışmanının isteyeceği belge ya da belgeleri istenilmesi takdirde getirmeyi taahhüt ediyorum.**Öğrencinin Adı Soyadı:** **Tarih: İmza:** |
| Sınıf içi akademik ve sınav uyarlamalarının yürütülmesi ilgili dersin öğretim elemanı ve akademik danışmanın ortak sorumluluğundadır. Engelli Öğrenci Birimi Koordinatörlüğünde yapılan değerlendirmeler sonucunda uygun görülen uyarlamaların ilgili öğretim elemanlarına duyurulması ve süreçte işlevsel yürütülmesi süreci danışman sorumluluğundadır.**ÖNEMLİ:** Ders muafiyeti konusunda talepte bulunan öğrenciler için yine formda bu duruma ilişkin talep ve gerekçe diğer seçeneğinde belirtilebilir. Ancak bu tür durumlarda öğrencinin özellikle bölüm ve öğrenci işlerine Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı’nın akademik takviminde belirtmiş olacağı tarihlerde başvurması ve ona göre yol çizilmesi gerekmektedir.  |

* Formun danışman ve öğrenci işbirliğiyle **doldurulması, ardından** Engelli Öğrenci Birimi Koordinatörlüğüne EBYS üzerinden gönderilmesi gerekmektedir.
* Engelli Öğrenci Birimi Koordinatörlüğü ilgili formu inceledikten sonra tavsiye ettiği/uygun bulunan akademik ve sınav uyarlamaların yer aldığı bir form gönderecektir.
* **Akademik danışmanların** bu uygun uyarlamalara ilişkin **öğrenci ve öğrencinin dersine giren öğretim elemanlarını ve program danışmanını bilgilendirmesi** gerekmektedir.