|  |
| --- |
|  **……/ ….. /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 ilgili;  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.*