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 Yetersizlikler  Diğer 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](mailto:engelsizkavram@kavram.edu.tr)