**T.C.**

**Selçuk Üniversitesi**

**Engelli Öğrenci Birimi Koordinatörlüğü**

**Öğrenci Bilgi Formu**

Form No: Genel Form 6

**Tarih:**[Tarih girmek için tıklayın veya dokunun.]

Bu form siz öğrencilerimize daha iyi destek olabilmemiz amacıyla düzenlenmiştir. Özellikle; görme, işitme ve fiziksel engeller, iletişim problemleri, kronik hastalıklar, öğrenme güçlüğü gibi alanlarda desteğe ihtiyacınız varsa, form bu desteği verebilmek, iyileştirmeler yapabilmek ve çözüm sunmak için bizlere çok yardımcı olacaktır. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulup gerekli yetkililer haricinde hiç kimseyle paylaşılmayacaktır.

Formu tamamlayıp kaydettikten sonra lütfen birimimiz e-posta adresine **engelsizyasam@selcuk.edu.tr** adresine gönderiniz.

**Kişisel Bilgiler**

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrencinin Adı ve Soyadı | [Adınızı ve Soyadınızı Yazınız] |
| Öğrenci Numarası | [Öğrenci Numaranızı Yazınız] |
| Eğitim Gördüğü Birim  (Fakülte, MYO, Enstitü) | [Eğitim Gördüğünüz Birimi Yazınız] |
| Bölümü | [Bölümünüzü Yazınız] |
| Sınıfı | Hazırlık 1. Sınıf 2. Sınıf 3. Sınıf  4. Sınıf Yüksek Lisans Doktora |
| Okula Kayıt Yılı | [Okula Kayıt Olduğunuz Yılı Yazınız] |
| Akademik Danışmanı | [Akademik Danışmanınızın Unvanını, Adını ve Soyadını Yazınız] |

**İletişim**

|  |  |
| --- | --- |
| Posta Adresi | [Adresinizi Yazınız] |
| Cep Telefonu | [Cep Telefonu Numaranızı Yazınız] |
| E-mail Adresi | [E-mail Adresinizi Yazınız] |
| Acil Bir Durumda İletişim Kurulacak Yakını | [Acil Bir Durumda İletişim Kurulacak Yakınınızın Adını ve Soyadını Yazınız] |
| İletişim Kurulacak Yakınının Telefonu | [İletişim Kurulacak Yakınınızın Telefon Numarasını Yazınız] |
| Aldığı Destek ve Burslar | [Aldığınız Destek ve Bursları Yazınız Yoksa “YOK” Yazınız] |
| Öğrencinin İlgi Duyduğu Alanlar | [İlgi Duyduğunuz Alanları Yazınız] |
| Katıldığı Öğrenci Kulüp ve Etkinler Hakkında Bilgi | [Katıldığınız Öğrenci Kulüp ve Etkinlikler Hakkında Bilgi Yazınız] |

**Gereksinim Bilgileri**

Aşağıdaki sorular sadece ihtiyaçlarınızın belirlenmesi ve üniversitemizdeki akademik yaşamınızın kolaylaştırılması için koşulların iyileştirilmesi amacıyla sorulmuştur. Lütfen aşağıdaki seçeneklerden mevcut durumunuza uyanları işaretleyiniz.

|  |
| --- |
| Görme Engeli |
| İşitme Engeli |
| Hareket Engeli |
| Konuşma ve Dil Engeli |
| Ruhsal ve Duygusal Engel |
| Öğrenme Güçlüğü |
| Süreğen Engelli |
| Sosyal İletişim Bozukluğu (Asperger Sendromu, Otistik rahatsızlık vb.) |
| Öğrenme Güçlüğü (Disleksi, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu vb.) |
| Dil – Konuşma Boğluğu |
| Kronik Hastalıklar |
| Diğer: [Lütfen Rahatsızlığınızı Belirtiniz] |