|  |
| --- |
| **……/ ….. /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.*