



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
ENGELLİ ÖĞRENCİ GÖRÜŞME FORMU

Görüşme Tarihi : / / 20....

Görüşme Kayıt No: / 20....

KİŞİSEL BİLGİLER

| | | | |
|--|-----------------------|---------------|---|
| Adı Soyadı | | Cinsiyet | <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek |
| Doğum Yeri / Tarihi | / / | Öğrenci No | |
| Telefon: | E-Posta: | | |
| Adres: | | | |
| Anne Adı: | Telefon No :..... | | |
| Baba Adı: | Telefon No :..... | | |
| Engel Grubu (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.) () Ortopedik () Görme () İşitme () Dil ve Konuşma () Ruhsal ve Duygusal () Süreğen Hastalık | | | |
| Diğer (Belirtiniz.) | | | |
| Akademik Birimi | | Bölüm/Sınıfı: | |
| Görüşme Soruları | | | |
| <input type="checkbox"/> Yeni Kayıt <input type="checkbox"/> (20.... / 20....) Eğitim Öğretim Yılı | | | |
| <input type="checkbox"/> Alt dönemlerden dersten başarısızım. Alt dönemlerden başarısız dersim yok. <input type="checkbox"/> | | | |
| Öğrenim Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar: | | | |
| Öğrencinin Güçlükleri/ Talebi/ Çözüm Önerileri : | | | |
| Eğitim Ortamlarında Erişilebilirlikle İlgili Karşılaşılan Güçlükler: | | | |
| Engelli Öğrenci Biriminin Öğrenci ile Paylaştığı Görüşü Özeti: | | | |
| Görüşmenin Değerlendirilmesi: | | | |

Unvan / Adı Soyadı
İMZA: