

| | | |
|---|---|---|
|  TS EN ISO 9001:2015 | T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Engelsiz Üniversite Koordinatörlüğü |  |
| | ENGELSİZ ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİ UYARLAMA FORMU | Doküman No: FR/EUK/04 |
| | | Yayın Tarihi: 25.02.2025 |
| | | Rev No/Tarih: 00/... |
| | | Sayfa 1 / 4 |

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ENGELSİZ ÜNİVERSİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ
Engelsiz Üniversite Öğrenci Uyarlama Formu

Bu form, özel gereksinimli öğrencilerin eğitim-öğretim süreçlerinde ihtiyaç duyduğu uyarlamaları belirlemek için hazırlanmıştır.

| | |
|--|--|
| Öğrencinin | |
| Adı Soyadı | |
| Öğrenci Numarası | |
| E-Posta Adresi | |
| Telefon Numarası | |
| Eğitim Öğretim Yılı | |
| Uyarlama Talep Ettiğiniz Eğitim Öğretim Dönemi | Güz () Bahar () |
| Öğrenim Görülen Fakülte/Yüksekokul/Enstitü | |
| Bölüm/Program | |
| Sınıf | |
| Acil durumda ulaşılabilecek kişinin | |
| Adı-Soyadı | |
| Yakınlık Durumu | |
| Telefon Numarası | |
| ENGEL DURUMUNUZ İLE İLGİLİ BİLGİLER | |
| Engel Türü | Görme Engeli İşitme Engeli Dil Ve Konuşma Engeli Fiziksel Engel Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu Zihinsel Yetersizlik Öğrenme Güçlüğü Kronik/Süreğen Hastalıklar Psikolojik Hastalık Diğer |
| Engel Durumunuzu Belirten Sağlık Kurulu Raporunuz Var mı? (Rapor beyan edilmelidir) | Var Yok |
| | %39 ve altı |

Form No:

Yayın Tarihi:

Revizyon No/Tarih:

| | | |
|-------------------|---------------------|------------------|
| HAZIRLAYAN | KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
| [@hazirlayanimza] | [@kontrol edenimza] | [@onaylayanimza] |

Bu dokümanın güncelliği, elektronik ortamda İKÇÜ Kalite Doküman Yönetim Sisteminden takip edilmelidir.

| | | |
|---|---|--|
|  TS EN ISO 9001:2015 | T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Engelsiz Üniversite Koordinatörlüğü |  |
| | ENGELSİZ ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİ UYARLAMA FORMU | Doküman No: FR/EUK/04 Yayın Tarihi: 25.02.2025 Rev No/Tarih: 00/... Sayfa 2 / 4 |

| | | |
|--|---|--|
| Engel Oranınız <i>(Birden fazla engel türüne sahipseniz lütfen seçmiş olduğunuz engel oranlarının hangi engel türüne ait olduğunu "Diğer" yazılı seçeneğini seçerek yazınız)</i> | %40-49 | |
| | %50-79 | |
| | % 80 ve üstü | |
| | Diğer | |
| Engel durumunuzla ilgili kullandığınız ilaçlar var mı? | Var | |
| | Yok | |
| Engel durumunuzla ilgili kullandığınız ilaçların öğrenim hayatınızı etkileyen yan etkilerini belirtiniz | | |
| Engel durumunuzla ilgili kullandığınız kullandığınız bir cihaz veya araç var mı? Varsa Yazınız. | | |
| Lütfen uyarılama talebinde bulunduğunuz derslerle ilgili bilgileri yazınız. <i>(Bir ve birden fazla uyarılama talep edilen tüm dersler bu alana yazılmalı)</i> | 1.Ders Kodu: ... 1.Ders Adı: ... 1.Ders Öğretim Elemanı: ... | |
| | 2.Ders Kodu: ... 2.Ders Adı: ... 2.Ders Öğretim Elemanı: ... | |
| | 3.Ders Kodu: ... 3.Ders Adı: ... 3.Ders Öğretim Elemanı: ... | |
| UYARLAMALAR Talep ettiğiniz uyarlamalar/ihtiyaçlar nelerdir? | | |
| Ders Uyarlamaları | Sınıfta ses kaydı yapılması | |
| | Ders muafiyeti talebi | |
| | Mekânsal sınıf değişikliği (zemin kat vs) | |
| | Sınıf içinde oturma tercihi (istenilen yerde oturma tercihi belirtilebilir) | |
| | Yüksekliği ayarlanabilen masa/sandalye | |
| | Sınıf içi çalışmalarda/etkinliklerde/ödevlerde ek süre | |
| | Ders materyallerine erişiminin önceden sağlanması | |
| | Diğer (İKÇÜ Engelsiz Üniversite Koordinatörlüğü Yönergesinde açıkça yer almayan) | |

| | | |
|-------------------|----------------------|---------------------------|
| Form No: | Yayın Tarihi: | Revizyon No/Tarih: |
| HAZIRLAYAN | KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
| [@hazirlayanimza] | [@kontrol edenimza] | [@onaylayanimza] |

| | | |
|---|---|---|
|  TS EN ISO 9001:2015 | T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Engelsiz Üniversite Koordinatörlüğü |  |
| | ENGELSİZ ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİ UYARLAMA FORMU | Doküman No: FR/EUK/04 |
| | | Yayın Tarihi: 25.02.2025 |
| | | Rev No/Tarih: 00/... |
| | | Sayfa 3 / 4 |

| | | |
|---------------------------|--|--|
| | Sınıfta indüksiyon döngü sistemi | |
| | İşaret dili tercümanı desteği | |
| | Derslerde yardımcı partner/not tutucu desteğinin sağlanması (aynı sınıfta eğitim gören gönüllü öğrenci/öğrenciler) | |
| | Öğrencinin ders sırasında mola vermesine imkân sağlanması | |
| | Derste kullanılan görselin/sunumun fotoğrafının çekilmesi | |
| | Ders sırasında not alımını kolaylaştırma amacıyla dizüstü bilgisayar/tablet kullanmaya izin verilmesi | |
| | Ders kitaplarının elektronik sunulması (pdf vs.) | |
| | Ders materyallerinin büyük punto ile sunulması | |
| Sınav Uyarlamaları | Sınav için okuyucu/işaretleyici desteğinin sağlanması | |
| | Sınav için ek süre desteğinin sağlanması | |
| | Ayrı bir salonda sınav yapılması | |
| | Sınav materyallerinin büyük punto ile sunulması (lütfen yanına kaç punto istediğinizi yazınız) | |
| | Sınavlara yardımcı araç-gereç ile girme (işitme cihazı, teleskopik gözlük, prizmatik gözlük, büyüteç vb.) | |
| | Diğer (İKÇÜ Engelsiz Üniversite Koordinatörlüğü Yönergesinde açıkça yer almayan) | |
| | Yazılı sınav ve test sınavlarının bilgisayar aracılığıyla yapılması, | |
| | Sınav evrakının harici disk ile sunulması (bilgisayar kullanan öğrenciler için) | |
| | Braille sınav materyali, | |
| | Yüksekliği ayarlanabilen masa/sandalye vb.) | |
| Not | <ul style="list-style-type: none">Akademik uyarlama talebi her eğitim ve öğretim dönemi başında yapılmalıdır.Akademik uyarlama gereksinimleriyle ilgili başvuru yapmak engelli öğrencinin tercihine bağlıdır. | |
| Öğrenci Taahhütü | <ul style="list-style-type: none">Bu formda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.Talep ettiğim uyarlamalar için engel durumum ile ilgili resmî belgelendirme (sağlık raporu) yapmam gerektiğini anladım.Taleplerimin mevzuat dahilinde değerlendirileceğini, üniversite imkanları doğrultusunda taleplerimin | |

| | | |
|-------------------|----------------------|---------------------------|
| Form No: | Yayın Tarihi: | Revizyon No/Tarih: |
| HAZIRLAYAN | KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
| [@hazirlayanimza] | [@kontrol edenimza] | [@onaylayanimza] |

| | | |
|---|---|---|
|  TS EN ISO 9001:2015 | T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Engelsiz Üniversite Koordinatörlüğü |  |
| | ENGELSİZ ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİ UYARLAMA FORMU | Doküman No: FR/EUK/04 |
| | | Yayın Tarihi: 25.02.2025 |
| | | Rev No/Tarih: 00/... |
| | | Sayfa 4 / 4 |

| | |
|--|--|
| | karşılanamayabileceğini, ya da taleplerimde değişiklik olabileceğini kabul ediyorum. |
|--|--|

*Lütfen, bu formu imzalattıktan sonra, aslını bağlı olduğunuz fakülte/enstitü/yüksekokul öğrenci işlerine teslim ediniz. Öğrenci formun imzalı bir kopyasını alabilir.

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Öğrencinin Adı-Soyadı: | Bölüm Temsilcisi Adı-Soyadı: |
| Tarih: .../.../..... | Tarih: .../.../..... |
| İmza: | İmza: |

| Form No: | Yayın Tarihi: | Revizyon No/Tarih: |
|-------------------|----------------------|---------------------------|
| HAZIRLAYAN | KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
| [@hazirlayanimza] | [@kontroledenimza] | [@onaylayanimza] |

Bu dokümanın güncelliği, elektronik ortamda İKÇÜ Kalite Doküman Yönetim Sisteminden takip edilmelidir.