



## Engelli Öğrencilere Gönüllü Akran Danışmanlığı Yapabilmek İçin Başvuru Formu

### Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı :.....  
Öğrenci No :.....  
Fakülte/Yüksekokul :.....  
Lisans/Lisansüstü :.....  
Bölüm/Sınıf :.....  
Telefon :.....  
E-posta :.....  
Tarih :.....  
İmza :.....

**Daha önce engelli bireyler ile etkileşimde bulundunuz mu? Bu konuda deneyiminiz var mı?**

Evet  Hayır

**Hangi engel türüne sahip bireylere akran danışmanlığı yapmak istersiniz?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> İşitme                   | <input type="checkbox"/> Zihinsel                                    |
| <input type="checkbox"/> Görme                    | <input type="checkbox"/> Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu |
| <input type="checkbox"/> Dil ve konuşma bozukluğu | <input type="checkbox"/> Psikolojik                                  |
| <input type="checkbox"/> Fiziksel                 | <input type="checkbox"/> Diğer                                       |

**Destek vermek istediğiniz dönemi belirtiniz.**

- Güz  
 Bahar  
 Yaz okulu  
 Bütün akademik yıl boyunca

**Haftada kaç gün destek vermek istersiniz? Gün ve saatleri net bir şekilde belirtiniz.**

.....

**Bu konuda ifade etmek istediğiniz bir şey varsa belirtiniz.**

.....

.....