|  |  |
| --- | --- |
| **ENGELLİNİN**

|  |
| --- |
|  Fotoğraf |

**Adı Soyadı :…………………………………………………..****TC Kimlik No :…………………………………………………..****Baba Adı ve Anne Adı :…………………………………………………..****Doğum Tarihi ve Yeri :…………………………………………………..****Engel Grubu :…………………………………………………..** |
| **Eğitim / Kurs adı : ……………………………..****Tarih : …………………………….. Dönemi : ……………………………..** **Ev adresi : ………………………………………………….……………… ilçe ………….****Telefon :……………………………**Engellinin sürekli bir hastalığı var mı? Evet:…. Hayır:….Engellinin sürekli kullandığı ilaç var mı? Evet:…. Hayır:….Engelli tek başına eğitimlere katılabilecek durumda mı Evet:…. Hayır:….Refakatçinin sürekli kullandığı ilaç var mı? Evet:…. Hayır:…. |
| ***Tek başına eğitimlere katılamayacak öğrenciler için doldurulması zorunludur.*****MUVAFAKATNAME**Velisi/Vasisi olduğum ……………………………………………………’nın .../…20.. - …/…/20.. tarihinleri arasında, …………………………………………………... düzenlenecek olan eğitimi/kursuna katılmasına muvafakat veriyorum Etkinlik esnasında meydana gelebilecek kazalar, çalınan kıyafet ya da başka araç/gereç dahil tüm mesuliyet şahsıma aittir. Eğitim/kursu düzenleyen kurum her türlü mesuliyetten muaftır. ….. /…../20… |
| **Refakatçinin (Velinin/Vasinin)** **Adı Soyadı:…………………………………………****Adresi :…………………………………………** **………………………..………İlçe:………………..** **Tel (Ev-Cep) :………………………………………** | **İmza** |
| **KAYIT İÇİN GEREKLİ BELGELER**1. Engelli Raporunun Fotokopisi2. Engellinin ve refakatçinin kimlik fotokopisi (aslı ile birlikte)3. 1 Adet Fotoğraf (Son 6 ayda çekilmiş) | **Kayıt Alan Adı Soyadı / Tarih****İmza** |

***Form Teslim Adresi : Engelliler ve Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı /Engelliler Şube Müdürlüğü/Engelsiz Mesleki Eğitim Merkezi***