

ÖĞRENCİNİN	
Adı ve soyadı	
TC no'su	
Bölümü/Programı	
Sınıfı	
E-postası	
Telefon numarası	
Kaldığı yer ve adresi:	
Mezun olduğu okul	Genel Lise <input type="checkbox"/>
	Fen Lisesi <input type="checkbox"/>
	Anadolu Lisesi <input type="checkbox"/>
	Diğer



	Yıl (.....)		Yıl (.....)		Yıl (.....)		Yıl (.....)	
Anne	Sağ <input type="checkbox"/>	Ölü <input type="checkbox"/>	Sağ <input type="checkbox"/>	Ölü <input type="checkbox"/>	Sağ <input type="checkbox"/>	Ölü <input type="checkbox"/>	Sağ <input type="checkbox"/>	Ölü <input type="checkbox"/>
Baba	Sağ <input type="checkbox"/>	Ölü <input type="checkbox"/>	Sağ <input type="checkbox"/>	Ölü <input type="checkbox"/>	Sağ <input type="checkbox"/>	Ölü <input type="checkbox"/>	Sağ <input type="checkbox"/>	Ölü <input type="checkbox"/>
Anne çalışma durumu	Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/>		Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/>		Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/>		Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/>	
Baba çalışma durumu	Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/>		Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/>		Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/>		Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/>	
Kardeş var mı?	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
Kendinizden hariç kardeş sayınız nedir?								
Ailenin aylık ortalama geliri nedir?TL	TL	TL	TL	
Kronik hastalığınız var mı?	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>		Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>		Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>		Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>	
Sürekli kullandığımız ilaç var mı?	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>		Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>		Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>		Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>	

Barınma sorununuz var mı?	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
Kaldığınız yer neresi?	Devlet Yurdu	<input type="checkbox"/>	Devlet Yurdu	<input type="checkbox"/>	Devlet Yurdu	<input type="checkbox"/>	Devlet Yurdu	<input type="checkbox"/>
	Özel Yurt	<input type="checkbox"/>	Özel Yurt	<input type="checkbox"/>	Özel Yurt	<input type="checkbox"/>	Özel Yurt	<input type="checkbox"/>
	Arkadaş	<input type="checkbox"/>	Arkadaş	<input type="checkbox"/>	Arkadaş	<input type="checkbox"/>	Arkadaş	<input type="checkbox"/>
	Akraba	<input type="checkbox"/>	Akraba	<input type="checkbox"/>	Akraba	<input type="checkbox"/>	Akraba	<input type="checkbox"/>
	Aile	<input type="checkbox"/>	Aile	<input type="checkbox"/>	Aile	<input type="checkbox"/>	Aile	<input type="checkbox"/>
	Apart	<input type="checkbox"/>	Apart	<input type="checkbox"/>	Apart	<input type="checkbox"/>	Apart	<input type="checkbox"/>
	Diğer(.....)	<input type="checkbox"/>	Diğer(.....)	<input type="checkbox"/>	Diğer(.....)	<input type="checkbox"/>	Diğer(.....)	<input type="checkbox"/>
Bursunuz var mı?	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
Spor ile ilgileniyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>				
Üniversitede sosyal kulüplere üye misiniz?	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>				
Üniversite dışında sosyal faaliyetleriniz (kurs, kulüp faaliyeti vb) var mı?	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> (.....) Hayır <input type="checkbox"/>				
Sosyal desteğe ihtiyacınız olduğunu	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

düşünüyor musunuz?								
Psikolojik destek alıyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Üniversite/fakülte psikolojik ve rehberlik danışma merkezi/birimi faaliyetlerinden yararlandınız mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Kitap okuyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Tiyatroya, sinemaya gitme sıklığınız nedir?	Hiç <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiç <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiç <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiç <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nadiren <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haftada bir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haftada bir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haftada bir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haftada bir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ayda bir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayda bir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayda bir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayda bir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akademik ortalamanız.								
Mesleki kariyer eğitimi, seminer vb aldınız mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Mesleki kariyer hedefiniz nedir?								



Doküman No	FRM-0808
Yayın Tarihi	02.02.2022
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	0

Ders dışı zamanlarınızda kişisel gelişiminize yönelik yaptığınız çalışmalar ve kazanımlarını belirtiniz.				
--	--	--	--	--

DANIŞMAN ÖĞRETİM ELEMANININ	
Adı ve soyadı	
Unvanı	
Bölümü ve Anabilim Dalı	