

MARMARA ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİ DANIŞMANLIĞI FORMU

Tarih:	
Danışman Öğretim Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve İmza:	
Görüşme No:	
Görüşmenin Yapıldığı Eğitim-Öğretim Dönemi:	

ÖĞRENCİNİN

Adı, Soyadı:		Telefon No:	
Numarası:		E-posta Adresi:	
Doğum Tarihi:		Halen Okuduğu Dönem:	
Sınıfı:		GANO:	
Fakülteye Başladığı Yıl:		Kardeş Sayısı:	
Kayıtlanma Şekli(ÖSYM, YÖS, Yatay Geçiş, Denklik..)		İmza:	
Mezun Olduğu Okul:			
Kaldığı Yer/Adres:			

ÖĞRENCİ İLE İLGİLİ KİŞİSEL BİLGİLER

Öğrencinin kronik sağlık sorunu var mı?	Hayır	Evet(Lütfen açıklayınız)
---	-------	--------------------------

Öğrencinin barınma sorunu var mı?	Hayır	Evet(Lütfen açıklayınız)
-----------------------------------	-------	--------------------------

Öğrencinin burs gereksinimi var mı?	Hayır	Evet(Lütfen açıklayınız)
-------------------------------------	-------	--------------------------

Öğrencinin önceki dönemlerden kalmış olduğu ders var mı?	Hayır	Evet(Lütfen açıklayınız)
--	-------	--------------------------

Görüşmeye ilişkin belirtmek istediğiniz diğer konular ve önerileriniz:

--

DANIŞMAN DEĞERLENDİRME FORMU

TARİH:

ADI, SOYADI:

GELİŞ NEDENİ:

GÖRÜŞME SAYISI:

DANIŞANIN GÜNDEMİ:

DANIŞMANIN HEDEFLERİ:

GÜNDEM:

SONRAKİ GÖRÜŞME TARİHİ:

SONRAKİ GÖRÜŞME İÇİN DÜŞÜNCELER:

ÇALIŞMAYI YAPAN: