SALİHLİ REHBERLİK VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
SEMİNER TALEP FORMU

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Okulun Adı: ………………………………………………………………………………………………………………………….. 2. İrtibat Kurulacak Kişi Adı-Soyadı Unvanı: ……………………………………………………………………………. 3. İrtibat Kişi Telefonu: ……………………………………………………………………………………………………………. | | | | | |
| 1. Seminer için uygun olan günleri işaretleyiniz  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Pazartesi | Salı | Çarşamba | Perşembe | Cuma | | | | | | |
| 1. Okulunuzda seminer için uygun olan saatleri yazınız:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | |
| 1. Seminer için uygun salonunuz var mı? Evet Hayır | | | | | |
| 1. Salonunuz seminer için gerekli donanıma sahip mi?   Bilgisayar Projeksiyon Ses sistemi Sahip değil | | | | | |
| 1. Okulunuzda kadrolu rehber öğretmen bulunmakta mıdır? Evet Hayır | | | | | |
| 1. Seminer Talep Ettiğiniz Sınıf Düzeyleri (EN FAZLA 2(İKİ) SINIF DÜZEYİ YAZINIZ) : | | | | | |
| 1. Seminer Talep Ettiğiniz Sınıf Düzeyi Öğrenci Sayıları: | | | | | |
|  | **Öncelikli olarak istediğiniz en fazla 2 (İKİ) semineri işaretleyiniz.** | | | | |
| Seminerin konusu | | Kimlere yönelik: | | |
| Öğretmen | Öğrenci | Veli |
|  | Özel Eğitim, BEP ve Kaynaştırma Uygulamaları |  |  |  |
|  | Sınav kaygısı |  |  |  |
|  | Ders çalışma yöntemleri |  |  |  |
|  | Ergenlik Dönemi |  |  |  |
|  | Merkezi Sınav Sistemleri(YKS/LGS) hakkında bilgi verilmesi |  |  |  |
|  | Öfke kontrolü |  |  |  |
|  | Aile içi iletişim |  |  |  |
|  | Çocukla iletişim |  |  |  |
|  | Diğer………………………………………………………………………….. |  |  |  |
|  | Diğer………………………………………………………………………….. |  |  |  |

..… /….. /20…  
Okul Müdürü