

Załącznik do Procedur zapewnienia
dostępu alternatywnego, dla osób
ze szczególnymi potrzebami
w Szkole Podstawowej im. Mikołaja Kopernika w Zadusznikach

....., dnia.....

.....

imię i nazwisko

.....

nr telefonu komórkowego – kontakt SMS

.....

adres e-mail – kontakt za pośrednictwem e-maila

Szkoła Podstawowa im. Mikołaja Kopernika w Zadusznikach
Zaduszniki 4
87-603 Wielgie

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu wizyty w Szkole Podstawowej im. Mikołaja Kopernika w Zadusznikach, podczas której niezbędna będzie pomoc tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika. Wspomniana pomoc będzie mi potrzebna dla załatwienia następującej sprawy (krótki opis sprawy):

.....
.....
.....
.....
.....

.....

podpis