…………………………………………………………. Zabrze ……………………… Imię i nazwisko rodzica ucznia

**Jolanta Kmieć**

**Dyrektor Szkoły Podstawowej**

**z Oddziałami Integracyjnymi Nr 14**

**im. Adama Mickiewicza w Zabrzu**

Wniosek

Proszę o umożliwienie realizacji nauczania zdalnego na terenie szkoły

dla mojego dziecka ……………………………………………………............... ucznia klasy …………………

z powodu…………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………….

 Czytelny podpis rodzica ucznia