# T.C.

# ÇUKUROVA KAYMAKAMLIĞI

# İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

# Oğuz Kağan Köksal Görme Engelliler İlkokulu/Ortaokulu Müdürlüğüne

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN** | |
| **T.C. KİMLİK NUMARASI** |  |
| **ADI SOYADI** |  |
| **SINIF - NO** |  |
| **BABA ADI** |  |
| **ANNE ADI** |  |
| **DOĞUM TARİHİ VE YERİ** |  |

Yukarıda açık bilgileri yazılı olan, öğrencimi 02/03/2021 Salı günü başlayacak olan **“YÜZ YÜZE EĞİTİM DERSLERİNE”** kendi isteğim ile göndermek istemiyorum. Yüz yüze eğitim derslerinde işlenen konulardan velisi bulunduğum öğrencimin yapılacak olan sınavlarda sorumlu olduğu, bu derslerin tekrarının olmadığı ve sınavların yüz yüze yapılacağı okul idaresi tarafından şahsıma bildirilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

……/…../2021

Adı Soyadı İmza

Adres: :

………………………………………….

………………………………………….

………………………………………….

Tlf : ……………………