



**Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 9**

**im. Bohaterów Westerplatte w Koninie**

62-510 Konin, ul. Fikusowa 8, tel./fax 63 2467867

e-mail: sekretariat@sp9konin.edu.pl, www.sp9konin.edu.pl

.....  
(Nazwisko i imię)

Konin, .....

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(Telefon kontaktowy)

**Pani  
Dorota Silska  
Dyrektor  
Szkoły Podstawowej  
z Oddziałami Integracyjnymi nr 9  
w Koninie**

**Wniosek Rodziców (opiekunów prawnych)  
o naukę stacjonarną w szkole**

Jako Rodzice, zwracamy się z wnioskiem do Dyrektora Szkoły o zorganizowanie nauczania stacjonarnego w szkole naszemu dziecku:

imię i nazwisko dziecka: .....

data i miejsce urodzenia: .....

numer PESEL: .....

zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. , poz. 1960), w okresie .....

**Uzasadnienie**

(W tym polu należy uzasadnić, dlaczego rodzice uważają, że nauka zdalna nie byłaby korzystna dla ich dziecka i nie sprzyjałaby jego prawidłowemu rozwojowi).....

.....

.....

.....

.....

.....  
(Podpis rodziców/prawnych opiekunów)

Załącznik:

.....