**………………………… OKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

Okulunuzda ………………… öğretmeni olarak görev yapmaktayım. Aynı zamanda görme engelli bir bireyim. Milli Eğitim Bakanlığı Okul Öncesi ve İlköğretim Kurumları Yönetmeliği’nin 5. Maddesinin 2. Fıkrasına ve ekte sunduğum engelli kurulu raporuma istinaden haftalık ders çizelgemde gösterilecek boş ders saatlerinin ilk iki (2) ders saati şeklinde uygulanması hususunu bilgilerinize arz ederim.

Tarih:

Ad-Soyad:

İmza:

Adres:

Telefon:

Elektronik Posta:

Ek-1. Engelli Kurulu raporu