

Załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 4/2025
Dyrektora
Liceum Ogólnokształcącego
im. Mikołaja Kopernika
w Ostrowi Mazowieckiej
z dnia 06.03.2025 r.

Zasady zapewnienia dostępu alternatywnego, dla osób ze szczególnymi potrzebami,
w Liceum Ogólnokształcącym im. Mikołaja Kopernika w Ostrowi Mazowieckiej

.....
(Data, miejscowość)

Imię i nazwisko
Nr telefonu

Liceum Ogólnokształcącego
im. Mikołaja Kopernika
w Ostrowi Mazowieckiej

/do wyboru część I lub II/

I.
Zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu wizyty w „Punkcie obsługi”
w Liceum Ogólnokształcącym im. Mikołaja Kopernika w Ostrowi Mazowieckiej. Celem wizyty jest
załatwienie następującej sprawy (krótki opis):

.....
.....
.....
(podpis)

II.
Zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu wizyty w Ostrowi Mazowieckiej w Liceum
Ogólnokształcącym im. Mikołaja Kopernika, podczas której niezbędna będzie pomoc tłumacza języka
migowego. Wspomniana pomoc będzie mi potrzebna dla załatwienia następującej sprawy (krótki opis):

.....
.....
.....
(podpis)