**TEKKEKÖY SARIYURT ALİ OSMAN GÜR İLK/ORTAOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN** | | | |
| **Adı Soyadı** |  | **Baba adı** |  |
| **TCKN** |  | **Ana adı** |  |
| **Sınıfı/Şubesi** |  | **Cinsiyeti** | **K ( ) E ( )** |

Yüz yüze eğitim faaliyetleri süresince salgın hastalık semptomları (ateş, öksürük, burun akıntısı, solunum sıkıntısı vb.) gösteren öğrencilerin okula gönderilmesi veya salgın hastalık dönemi önlemlerine (sosyal mesafe kuralları, maske kullanımı vb.) özgü kurallara dikkat edilmemesi vb nedenlerden dolayı bulaşma riskini artmasından endişe duymaktayım.

Öğrencimin yüz yüze eğitime göndermeme konusunda bildirdiğim mazeretin dikkate alınmasını, öğrencimin eğitimini uzaktan eğitim ile sürdürmesini, okulda bulunmadığı sürelerin devamsızlıktan sayılmamasını talep ediyorum

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

..../..../2021

....................... Öğrenci Velisi

**VELİ BİLGİLERİ :**

**T.C. Kimlik No :**

**Cep Telefonu :**

**Ev / İş Adresi :**