Opole, ………………………

Imię i nazwisko studenta:

Nr albumu:

Adres mailowy (uczelniany):

Nr telefonu:

*Wniosek o organizację zajęć indywidualnych z lektorami w ramach zadania:*

*Lektoraty i zajęcia wyrównawcze dla studentów z niepełnosprawnością*

Zwracam się z prośbą o organizację zajęć:

|  |  |
| --- | --- |
| Język obcy |  |
| Proponowany termin spotkań |  |
| Proponowana częstotliwość i długość spotkań(45min lub 90min) |  |
| Wymagania dot. dostosowania realizacji zadania do indywidualnych potrzeb osoby z niepełnosprawnością |  |
| Uzasadnienie konieczności przyznania zajęć konsultacyjno-wyrównawczych |  |

…………………………………………………..

 *Podpis studenta z niepełnosprawnością*