İlçenin Adı:

Okulun Adı:…………………………………………………………….

Görev Almak İsteyen Öğretmenin;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| S.NO | ADI VE SOYADI | BRANŞI | VERECEĞİ  DERS SAATİ SAYASI |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

Öğrencinin;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| S.NO | T.C. KİMLİK NO | ADI VE SOYADI | SINIFI | ENGEL TÜRÜ |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

Okul Müdürünün

Adı ve Soyadı

İmzası

Not: haftada en fazla 8 saate kadar ders verilebilir