……………………………………….

(miejscowość i data)

…………………………………………

(nazwa i adres placówki - organizatora kursu)

…………………………………………

(data uzyskania akredytacji

Wielkopolskiego Kuratora Oświaty)

**Pani**

**Elżbieta Leszczyńska**

**Wielkopolski Kurator Oświaty**

Proszę o wyrażenie zgody na prowadzenie kursu kwalifikacyjnego dla nauczycieli:

………………..………………………………………………………………………………………….

(nazwa kursu)

1. Adres/adresy miejsca organizacji kursu (miejscowość, ulica, nr domu, telefon): ………………………………………………………………………………………………………
2. Termin rozpoczęcia kursu …………………………………………………………..
3. Termin zakończenia kursu ..…………………………………………………………
4. Planowana liczba uczestników ………………………...…………………………..
5. Nazwa ramowego programu kursu i rok zatwierdzenia przez Ministra Edukacji Narodowej …………………………………………………………………………………………
6. Imię i nazwisko, numer telefonu oraz adres e-mail dyrektora placówki doskonalenia ………………………………………………………………………………………………………
7. Imię i nazwisko, numer telefonu oraz adres e-mail kierownika kursu ……………………………………………………………………………………………………….

……………….…………..…………

(pieczęć i podpis dyrektora placówki)

Załączniki:

1. Szczegółowy plan kursu
2. Szczegółowy program kursu
3. Wykaz osób przewidzianych do realizacji zajęć
4. Opis warunków lokalowych i wyposażenia oraz inne informacje