

Michałowice, dn. ....



**SZKOŁA PODSTAWOWA**  
IM. JANA PAWŁA II  
W MICHAŁOWICACH

Do Dyrektora Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła  
w Michałowicach

data wpływu.....

**WNIOSEK O OBJĘCIE UCZNIĄ POMOCĄ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ**

Imię i nazwisko ucznia:.....

Klasa: .....

Rozpoznanie.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Podjęte dotychczasowe działania

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....

podpis nauczyciela lub rodzica