

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