

Do TECZKI PEDAGOGA SZKOLNEGO

Miejscowość i data



SZKOŁA PODSTAWOWA
IM. JANA PAWŁA II
W MICHAŁOWICACH

POMOC PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA informacja dla rodzica

W roku szkolnymuczeń, klasa.....został objęty
pomocą psychologiczno – pedagogiczną na podstawie :*(imię i nazwisko)

- opinii psychologicznej
- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego;
- wskazań nauczycieli

*właściwe podkreślić

Lp.	Rodzaj zajęć	Wymiar godz./tyg.	Nauczyciel prowadzący zajęcia	Zgoda Rodzica
1.				tak / nie*
2.				tak / nie*
3.				tak / nie*
4.				tak / nie*
5.				tak / nie*
6.				tak / nie*
7.				tak / nie*

*proszę właściwe podkreślić

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna

.....
podpis wychowawcy

.....
podpis dyrektora szkoły