



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

**POMOC PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA informacja dla rodzica**

W roku szkolnym ..... uczeń ....., klasy ..... został objęty pomocą  
 (imię i nazwisko)

psychologiczno – pedagogiczną na podstawie :\*

- 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 prawnego Opiekuna

.....  
 podpis Wychowawcy

.....  
 podpis Dyrektora Szkoły