**POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA**

**INFORMACJA O FORMACH POMOCY UDZIELANYCH UCZNIOWI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **FORMY POMOCY** | **OKRES UDZIELANIA POMOCY** | **WYMIAR GODZIN** | **IMIĘ I NAZWISKO PROWADZĄCEGO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………………………………….

**Pieczęć i podpis dyrektora**

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z ustalonymi formami pomocy, oraz wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na objęcie mojego dziecka na wyżej wymienione formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Zgoda na objęcie pomocą ucznia jest równoznaczna z udziałem dziecka w proponowanych zajęciach.

…………………………………………………………………………….

Data i podpis rodzica/ prawnego opiekuna

\*niepotrzebne skreślić