Radom, dnia ………………

**USTALENIA DYREKTORA SZKOŁY**

 **ZAWIERAJĄCE INFORMACJĘ O OBJĘCIU**

**UCZNIA POMOCĄ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ**

**Rok szkolny ………………….**

**Nazwisko i imię ucznia**……………………………………………………**klasa**……………

**Nazwisko i imię wychowawcy**……………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej** | **Okres udzielania uczniowi pomocy** | **wymiar godzin** | **zgoda rodzica na zajęcia lub rezygnacja z zajęć poświadczona podpisem rodzica\*** |
|  |  |  | **Wyrażam zgodę**…………………………………………………(data, podpis)**Rezygnuję** …………………...………………………………..(data, podpis) |
|  |  |  | **Wyrażam zgodę**…………………………………………………(data, podpis)**Rezygnuję** …………………...………………………………..(data, podpis) |
|  |  |  | **Wyrażam zgodę**…………………………………………………(data, podpis)**Rezygnuję** …………………...………………………………..(data, podpis) |
|  |  |  | **Wyrażam zgodę**…………………………………………………(data, podpis)**Rezygnuję** …………………...………………………………..(data, podpis) |
|  |  |  | **Wyrażam zgodę**…………………………………………………(data, podpis)**Rezygnuję** …………………...………………………………..(data, podpis) |

\*właściwe podkreślić

*pieczątka i podpis dyrektora szkoły*