

.....  
miejscowość i data.....  
Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego.....  
Adres zamieszkania rodzica /opiekuna prawnego.....  
telefon**Prywatna Poradnia  
Psychologiczno-Pedagogiczna  
Mentor w Bielawie****ZGODA NA OBJĘCIE DZIECKA/ UCZNIĄ POMOCĄ**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

Data i miejsce urodzenia .....PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zam. ....

Nazwa i adres szkoły/przedszkola, do której dziecko/uczeń  
uczęszcza.....Typ:  przedszkole  szkoła podstawowa  gimnazjum  liceum ogólnokształcące  
 technikum  zasadnicza szkoła zawodowa

Klasa:.....

**Dziecko wymaga pomocy z uwagi na (proszę podkreślić właściwe):**

- zaburzenia mowy,
- trudności w uczeniu się,
- trudności w zachowaniu,
- wybór zawodu,
- inne .....



**Uzasadnienie wniosku (opis trudności)**

.....  
.....

Załączniki .....

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na informowanie szkoły o przebiegu działań, udzielonej pomocy, o terminie spotkania (właściwe podkreślić).

Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka/ucznia.

Oświadczam, że składam wniosek za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/opiekuna prawnego.

.....  
(podpis rodziców/prawnych opiekunów, pełnoletniego ucznia  
/za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/ opiekuna prawnego)