

PESEL dziecka:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Gdańsk, dn.

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna 7
w Gdańsku ul. Biała 1B**

**PROŚBA
O UDZIELENIE POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ
z powodu:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(imię i nazwisko dziecka)

urodzonemu W
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zamieszkałemu tel.
(dokładny adres z kodem)

uczeń szkoły kl.
(numer i adres szkoły)

Czy uczeń był badany w poradni psychologiczno-pedagogicznej? Jeżeli tak to kiedy

Imię i nazwisko ojca/opiekuna

Imię i nazwisko matki/opiekunki

Dolącam inną dokumentację, w tym:

- opinię wychowawcy klasy/nauczyciela polonisty **TAK NIE**
- wyniki obserwacji, badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych lub innych wykonanych
poza PP-P Nr7,

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, jeżeli w celu wydania opinii jest niezbędne przeprowadzenie
badań lekarskich,(jakie)

- inne (jakie)

Wyrażam zgodę, jeżeli to będzie niezbędne, na rozmowę na temat mojego dziecka z nauczycielami w szkole,
obserwację ucznia w klasie, pozyskanie opinii od nauczycieli. **TAK NIE**

.....
(podpis rodzica, rodziców/prawnych opiekunów)