

Miejscowość, data .....

Imię i nazwisko dyrektora  
Barbara Kantor  
**Dyrektor Szkoły Podstawowej  
im. Juliana Bartoszewicza w Żarnowie  
ul. Przedborska 10, 26-330 Żarnów**

**Pani/Pan**

.....  
imiona i nazwiska rodziców

.....  
adres zamieszkania

Działając na podstawie § 23 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2020 r. poz. 1280), informuję o ustalonych dla Państwa syna/córki

.....  
imię i nazwisko dziecka, klasa

formach pomocy psychologiczno-pedagogicznej w roku szkolnym .....

Lp.	Forma pomocy	Wymiar godzin	Termin zajęć	Prowadzący	Wyrażam zgodę	Nie wyrażam zgody
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Jednocześnie informuję, że zgodnie z § 3 przywołanego rozporządzenia korzystanie z pomocy psychologiczno-pedagogicznej jest dobrowolne i nieodpłatne.

.....  
podpis i pieczęć dyrektora

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego