**…………………………** …………., dnia……

pieczęć szkoły

**INFORMACJA DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH/PEŁNOLETNIEGO UCZNIA O PRZYZNANYCH FORMACH POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

 ………………………………………………………klasa…………………………….

*( imię i nazwisko)*

Na podstawie :

* 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 2017 r. poz. 1591 ( w placówkach działających na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe \*
* Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r . zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach Dz. U. z 2017 r.poz. 1643 ( w placówkach działających na podstawie art. 22 ust. 2 pkt 11 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty )\*

*\*( wybrać właściwą )*

przyznaję w roku szkolnym 20../20…. formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej :

* klasa terapeutyczna
* zajęcia rozwijające uzdolnienia- w wymiarze ……..godz. tygodniowo
* zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się…….. godz. tygodniowo
* zajęcia dydaktyczno-wyrównawczych z ………………………..-……-godz. tygodniowo
* zajęcia specjalistyczne :
* korekcyjno-kompensacyjne…….. godz. tygodniowo
* terapia logopedyczna…….. godz. tygodniowo
* rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne…….. godz. tygodniowo
* inne zajęcia o charakterze terapeutycznym …….. godz. tygodniowo
* zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu…….. godz. tygodniowo/miesięcznie
* zindywidualizowana ścieżka kształcenia- na okres………………………….
* porady i konsultacje………….godz.tygodniowo
* warsztaty……………..godz.w okresie …………….

Informację o terminie prowadzenia zajęć a także terminach konsultacji dla Rodziców /Opiekunów Prawnych dotyczących wymiany informacji , zaleceń do pracy , omawiania postępów , w związku z udziałem Państwa syna/córki w zajeciach, przekaże nauczyciel /specjalista je prowadzący .

 Podpis Dyrektora

Wyrażam zgodę na udział w zajęciach ……………………………-podpis Rodzica