………………... …………………., data………………………

(pieczątka szkoły)

**Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Chrzanowie**

Dyrektor ……………………………………………………………………………………...

(nazwa szkoły)

za zgodą rodziców ucznia/pełnoletniego ucznia, zwraca się z prośbą o przeprowadzenie diagnozy i wskazanie sposobu rozwiązania problemu ucznia.

Nazwisko i imię ucznia……………………………………………………………..

Data i miejsce urodzenia……………………………………………………………..

PESEL:……………………………………………………………………………….

Adres:…………………………………………………………………………………

Szkoła:………………………………………………………. klasa………………..

Imiona i nazwiska rodziców:…………………………………………………………

Telefon kontaktowy;………………………………………………………………….

………………………. …………………………………

(podpis rodziców ucznia/pełnoletniego ucznia) (pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

**Podstawa prawna:**

*§20,punkt 11rozp. MEN 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. 591z późn. zm.) – szkoła podstawowa*

Opis sytuacji szkolnej ucznia:

1.Trudności w funkcjonowaniu ucznia w szkole:

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

2.Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym:

………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………….......................................................................................................................................................................................................................

3. Opinia nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem o funkcjonowaniu ucznia w szkole:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………… …………………………….

(podpisy nauczycieli i specjalistów (podpis i pieczątka Dyrektora Szkoły)

sporządzających informację)