|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pomoc psychologiczno – pedagogiczna w szkole** (rozwiązywanie konfliktów rówieśniczych,  wsparcie w sytuacjach trudnych edukacyjnie i emocjonalnie) | | | | | | | |
| imię i nazwisko ucznia ………………………………………………………………………. klasa ………… | | | | | | | |
| kontakty indywidualne | | | | kontakty w obecności rodziców | | | |
| psycholog szkolny | | pedagog szkolny | | psycholog szkolny | | pedagog szkolny | |
| wyrażam zgodę | nie wyrażam zgody | wyrażam zgodę | nie wyrażam zgody | wyrażam zgodę | nie wyrażam zgody | wyrażam zgodę | nie wyrażam zgody |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| data i podpis rodzica ………………………………………………… | | | | | | | |