

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/ucznia pełnoletniego*

Gdańsk,.....

.....
adres

.....
telefon

.....
e- mail

**WNIOSEK
DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ NR 4 W GDAŃSKU
O PRZEPROWADZENIE BADANIA I WYDANIE OPINII**

Wnioskuje o przeprowadzenie diagnozy mojego syna/ mojej córki
i wydanie opinii postdiagnostycznej *

..... Nazwisko i imię dziecka/ucznia W
data urodzenia

PESEL											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ucznia klasy..... /Szkoly/Przedszkola nr.....

w sprawie (proszę postawić krzyżyk przy wybranym punkcie):

2.		Wcześniejszego przyjęcia dziecka do szkoły podstawowej
3.		Odroczenia rozpoczęcia spełnienia przez dziecko obowiązku szkolnego
4.		Zwolnienia ucznia z nauki drugiego języka obcego
5.		Objęcia ucznia nauką w klasie terapeutycznej
6.		Dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb edukacyjnych ucznia
7.		Udzielenia zezwolenia na indywidualny program/indywidualny tok nauki
9.		Pierwszeństwa w przyjęciu ucznia z problemami zdrowotnymi do szkoły ponadpodstawowej
10.		Zezwolenia na zatrudnienie młodocianego w celu przyuczenia do wykonywania określonej pracy lub nauki zawodu
11.		Braku przeciwwskazań do wykonywania przez dziecko pracy lub innych zajęć zarobkowych
13.		Objęcia dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu, szkole lub placówce
14.		Specyficznych trudności w uczeniu się - dysleksji rozwojowej
16.		Innego
17.		Objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

.....
czytelny podpis

* wybierz właściwe