……………………………..…………...

 (miejscowość, data

# Zgłoszenie pełnoletniego ucznia

**do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Krzyżu Wlkp.**

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

(imiona i nazwisko)

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

(miejsce zamieszkania – dokładny adres)

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

(telefon)

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

(data i miejsce urodzenia)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 (w przypadku braku numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Nazwa szkoły:..............................…………..........................................................……....…................................

Adres szkoły:............................................……………................................................……..........................…......

(ulica, nr domu, nr lokalu)

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

(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

Klasa (nazwa zawodu)…………………………………........…

Powód zgłoszenia……………………………………………………………………………………………………

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

Na podstawie § 5 ust. 5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013, poz.199 ze zm.) przyjmuję do wiadomości, że w celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych pełnoletniego ucznia Poradnia może zwrócić się do dyrektora szkoły/placówki, do której uczęszcza pełnoletni uczeń o wydanie opinii nauczyciela, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów.

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam\* zgody napozyskiwanie ze szkoły informacji nt. mojego funkcjonowania oraz udzielanie nauczycielom informacji o wynikach przeprowadzonych badań.**

………………..……………….

 podpis pełnoletniego ucznia

**Załączniki:**

1. Opinia nauczyciela, karta informacyjna, zeszyty, sprawdziany, wynik badania słuchu (audiogram) i wzroku\*

2. Inne( jakie):……………………………………………………..

|  |
| --- |
| **Wypełnia pracownik Poradni:** |
| Data | Uzgodniono | Podpis pracownika Poradni  |  Podpis pełnoletniego ucznia |
|  |  |  |  |

\*niepotrzebne skreślić

