

Olsztyn, dnia .....

**Dyrektor  
Zespołu Szkół Elektronicznych  
i Telekomunikacyjnych  
w Olsztynie**

**Wniosek  
o objęcie ucznia pomocą psychologiczno - pedagogiczną  
w formie zajęć dydaktyczno-wyrównawczych**

1. Imię i nazwisko ucznia: .....
2. Klasa: .....
3. Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna: .....
4. Imię i nazwisko wychowawcy: .....
5. Osoba wnioskująca o pomoc psychologiczno – pedagogiczną (właściwe podkreślić):
  - uczeń pełnoletni
  - rodzice ucznia nieletniego
  - nauczyciel .....

(imię i nazwisko wnioskującego nauczyciela oraz przedmiot, którego uczy )

  - wychowawca
  - inna osoba lub organizacja .....

(wpisać kto)
6. Okres udzielania pomocy: .....
7. Wymiar godzin: .....

.....  
(data oraz podpis wnioskodawcy)

8. Wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka pomocą psychologiczno- pedagogiczną w formie zajęć dydaktyczno–wyrównawczych z .....

9. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem uczestnictwa w zajęciach dydaktyczno–wyrównawczych w Zespole Szkół Elektronicznych i Telekomunikacyjnych

.....  
(podpis wnioskodawcy)

10. Akceptacja Dyrektora ZSEiT

a) Wyrażam zgodę

b) Nie wyrażam zgody

.....  
(podpis dyrektora)

**Opinia nauczyciela/li uczącego dany przedmiot.**