



Przedszkole Nr 2
z Oddziałami Integracyjnymi, im. Jana Pawła II
ul. Ks. Bolka 17, 58-160 Świebodzice
tel. 074 666 96 48; 601 737 749; e-mail: sekretariat@przedszkole2.swiebodzice.pl

Świebodzice.....

Państwo.....
/imię i nazwisko/

.....
/adres zamieszkania/

.....

Zgoda rodziców na prowadzenie zajęć

Wyrażam/wyrażamy zgodę na prowadzenie zajęć o charakterze pomocy psychologiczno-
-pedagogicznej: /niepotrzebne skreślić/

1. zajęciami rozwijającymi uzdolnienia
2. zajęciami logopedycznymi
3. zajęciami korekcyjno-kompensacyjnymi
4. zajęciami rozwijającymi kompetencje emocjonalno--społeczne
5. innymi zajęciami o charakterze terapeutycznym.....
6. zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

w Przedszkolu Nr 2 z Oddziałami Integracyjnymi, im Jana Pawła II w Świebodzicach

dla mojego/naszego dziecka
/imię i nazwisko dziecka/

ur.

w okresie od..... do

.....
/data i podpis rodziców/prawnych opiekunów/

Podstawa prawna:

§ 3. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej 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, poz. 1591 ze zm.)