



**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**.....

.....  
/wnioskodawca/ \*

.....  
/adres zamieszkania lub stanowisko/  
.....

Dyrektor  
Przedszkola Nr 2  
z Oddziałami Integracyjnymi,  
im. Jana Pawła II  
w Świebodzicach

**Wniosek o udzielenie pomocy psychologiczno-pedagogicznej**

W oparciu o § 5. *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.)*

**wnoszę**

o objęcie dziecka .....,

/(imię i nazwisko dziecka/

ur. ...., uczęszczającego do grupy.....

pomocą psychologiczno-pedagogiczną.

Uzasadnienie potrzeby objęcia dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

*\*dziecko, rodzice dziecka/prawni opiekunowie, dyrektor przedszkola, nauczyciel, specjalista, poradnia, asystent edukacji romskiej, pomoc nauczyciela, pracownik socjalny, asystent rodziny, kurator sądowy, organizacja pozarządowa, inna instytucja lub podmiot działający na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży*