

Aleksandrów Kujawski, .....

.....  
Pieczętka szkoły/ placówki

**Poradnia Psychologiczno- Pedagogiczna  
w Aleksandrowie Kujawskim  
ZAPOTRZEBOWANIE NA FORMY POMOCY BEZPOŚREDNIEJ**

W ROKU SZKOLNYM.....

Szkoła .....  
( nazwa szkoły)

.....  
(adres szkoły)

.....  
( numer telefonu)

Rodzaj pomocy, jaką zainteresowana jest szkoła:

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

Preferowane przez szkołę terminy

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

**NINIEJSZE ZAPOTRZEBOWANIE PROSIMY DOSTARCZYĆ DO PORADNI Z ODPOWIEDNIM WYPRZEDZENIEM (MINIMUM DWA TYGODNIE PRZED PLANOWANYM TERMINEM REALIZACJI – PROSIMY O KONTAKT Z OPIEKUNEM MERYTORYCZNYM PLACÓWKI/REALIZATOREM)**

.....  
( czytelny podpis osoby odpowiedzialnej  
w szkole za współpracę z Poradnią)

.....  
(podpis dyrektora szkoły/placówki)