

ZGODA NA OBJĘCIE UCZNIA POMOCĄ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ

.....
(Imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)

.....
(Imię i nazwisko opiekuna, telefon kontaktowy)

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie obserwacji, wstępnych badań diagnostycznych dziecka przez psychologa przedszkolnego.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach z psychologiem przedszkolnym w ramach udzielanej w placówce pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

.....
.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis)

Szanowni Państwo

Jako psycholog w Przedszkolu nr 182 „Król Elfów” w Poznaniu serdecznie zapraszam do kontaktu we wszelkich ważnych dla Państwa kwestiach dotyczących dzieci, ich rozwoju, jak również Państwa potrzeb związanych z rolą rodziców przedszkolaków. Istnieje możliwość umawiania spotkań indywidualnych wedle potrzeb.

Proszę o kontakt pod adresem mailowym: j.gzella@przedszkole182.poznan.pl

Jeśli chodzi o dzieci, którym zostanie zaproponowane dodatkowe wsparcie w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej, do końca września będę się z Państwem kontaktować z informacją o proponowanej formie wsparcia psychologicznego oraz wymiarze godzin, w których będzie się odbywała.

Z poważaniem,
Joanna Gzella