



**Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych Nr 2**  
**im. Stanisława Staszica**  
**w Tomaszowie Mazowieckim**

załącznik nr 4

(pieczęć szkoły)

Tomaszów Maz. dnia .....

**INFORMACJA DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH UCZNI**  
**O FORMACH UDZIELANEJ POMOCY**  
**PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W ZSP NR 2**

Pan/Pani .....  
(imię i nazwisko rodziców /opiekunów prawnych)

.....

.....

(adres zamieszkania)

Niniejszym informuję, że dla

.....

(imię i nazwisko dziecka)

zostały ustalone formy pomocy psychologiczno – pedagogicznej.

Pomoc będzie realizowana będzie w siedzibie ZSP Nr 2 w Tomaszowie Maz.  
w okresie .....

- w wymiarze ..... godzin tygodniowo ( w ..... w godzinach..... , ..... )

- w wymiarze ..... godzin tygodniowo ( w ..... w godzinach..... , ..... )

- w wymiarze ..... godzin tygodniowo ( w ..... w godzinach..... , ..... )

Pomoc psychologiczno - pedagogiczna będzie realizowana w następujący sposób:  
( nazwa i określenie specyfiki rodzaju zajęć):

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

.....

(podpis dyrektora)