**Załącznik 2**

**DEKLARACJA RODZICÓW dotycząca udzielanej/proponowanej pomocy PP ROK SZK. 20……./20……….**

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 9.08.2017r. (DZ.U. z 2017r. poz. 1591) w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy PPP w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach

**Dyrektor szkoły informuje, że uczniowi/uczennicy ……………………………………………………………….. kl. ………**

**ustalono następujące formy pomocy PP.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma udzielanej pomocy** | **rok szkolny; wymiar czasu** | **Osoba prowadząca zajęcia** | **Deklaracja Rodzica/Opiekuna** | **Data i podpis Rodzica/Opiekuna** |
| Logopedia | k-kontynuacja |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  | Nie wyrażam zgody |  |
| Rezygnuję |  |
| Terapia SI | z-zakończenie |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  | Nie wyrażam zgody |  |
| Rezygnuję |  |
| Zaj. korekcyjno-kompensacyjne |  |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  | Nie wyrażam zgody |  |
|  |  | Rezygnuję |  |
| Zaj. wyrównawcze  (…………………………………….) |  |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  | Nie wyrażam zgody |  |
|  | Rezygnuję |  |
| Zaj. rozwij. kompetencje emocjonalno-społeczne |  |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  | Nie wyrażam zgody |  |
|  | Rezygnuję |  |
| Inne zaj. terapeut. (bajkoterapia, arteterapia, muzykoterapia) |  |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  | Nie wyrażam zgody |  |
|  | Rezygnuję |  |
| Zindywidualizowana ścieżka kształcenia |  |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  | Nie wyrażam zgody |  |
|  | Rezygnuję |  |
| Zaj. rozwijające uzdolnienia |  |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  | Nie wyrażam zgody |  |
|  | Rezygnuję |  |
| Zaj. rozwijające umiejętności uczenia się |  |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  | Nie wyrażam zgody |  |
|  | Rezygnuję |  |
| Porady (psycholog/pedagog) |  |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  | Nie wyrażam zgody |  |
|  | Rezygnuję |  |
| Konsultacje (psycholog/pedagog, terapeuta…..) |  |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  | Nie wyrażam zgody |  |
|  | Rezygnuję |  |
| **REWALIDACJA** |  |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  | Nie wyrażam zgody |  |
|  |  | Rezygnuję |  |
|  |  |  | Wyrażam zgodę |  |
|  |  |  | Nie wyrażam zgody |  |
|  |  |  | Rezygnuję |  |