………………………………………… ……………………………………..

 *(pieczątka placówki oświatowej) ( miejscowość, data)\**

 Sz. P. Dyrektor

 Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej

 w Pruszkowie

 Zgłaszam chęć przystąpienia ………..………………………………………………………

 *(nazwa placówki oświatowej)*

do programu procesowego wspomagania realizowanego przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Pruszkowie **w roku szkolnym 2019/2020**, zgodnie z zasadami ujętymi w Rozporządzeniu MEN z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych, tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 199, z późn.zm).

adres placówki oświatowej: ……………………………………………………..…………….

telefon kontaktowy: …………………………adres e-mail: …………………………………..

 ……………………………………….

 ( podpis Dyrektora placówki oświatowej)

*\* termin składania zgłoszenia: luty – marzec 2020r.*

*( wypełnia Dyrektor Poradni Psychologiczno –Pedagogicznej w Pruszkowie)*

*Placówka została przyjęta do programu procesowego wspomagania*

 *w roku szkolnym …………………………………….*

 *Specjalista ds. wspomagania ……….………………………………………………………………….*

 *(imię i nazwisko specjalisty)*

 *………………………………………………………*

 *(data i podpis Dyrektora PPP w Pruszkowie)*