………………………………………… ……………………………………..

*(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)*