

Nazwa szkoły: ………………………………………………………………………………................

Imię i nazwisko osoby koordynującej współpracę: ……………………................................................

Kontakt (tel., e-mail): ………………………………………………………………………..................

**Wniosek o realizację wsparcia szkoły przez pracowników**

**Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubaczowie w roku szkolnym 2018/2019**

|  |
| --- |
| **DLA UCZNIÓW** |
|  | **RODZAJ WSPARCIA** | **TEMATYKA** | **PROPONOWANY****TERMIN** | **UWAGI** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| **DLA RODZICÓW** |
|  | **RODZAJ WSPARCIA** | **TEMATYKA** | **PROPONOWANY****TERMIN** | **UWAGI** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| **DLA NAUCZYCIELI** |
|  | **RODZAJ WSPARCIA** | **TEMATYKA** | **PROPONOWANY****TERMIN** | **UWAGI** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

……………………………. …………………………….

 (pieczęć szkoły) (podpis koordynatora)