



SZKOŁA PODSTAWOWA IM. JANA OSTROROGA W OSTROROGU

64-560 Ostroróg

ul. Jana Ostroroga 14

tel. +48 61 29 16 772

.....  
(Imię i nazwisko wnioskodawcy: rodziców/opiekunów prawnych)

.....  
(adres)

.....  
(telefon)

**Dyrektor Szkoły Podstawowej w Ostrorogu  
im. Jana Ostroroga w Ostrorogu  
Pani Maria Pospieszna**

**Rezygnacja z zajęć**

**organizowanych w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej w roku szkolnym 2024/2025**

Oświadczam, że rezygnuję z udziału mojego dziecka:

.....(imię i nazwisko).....(klasa)

\*(właściwe podkreślić, dopisać)

- Zajęć rozwijających uzdolnienia
- Zajęć rozwijających umiejętności uczenia się
- Zajęć dydaktyczno- wyrównawczych (jakich).....
- Indywidualizowanej ścieżki kształcenia
- Porad i konsultacji (jakich).....
- Warsztatów (jakich).....
  - Zajęć specjalistycznych:
    - Korekcyjno- kompensacyjnych
    - Logopedycznych
    - Rozwijających kompetencje emocjonalno- społeczne
    - Innych zajęć o charakterze terapeutycznym (jakich).....

.....  
Podpis wnioskodawcy :/podpis rodziców/opiekunów prawnych/