

Aleksandrów Kujawski,

.....
Pieczęć szkoły/ placówki

**Poradnia Psychologiczno- Pedagogiczna
w Aleksandrowie Kujawskim
ZAPOTRZEBOWANIE NA ZAJĘCIA WARSZTATOWE**

W ROKU SZKOLNYM.....

Szkoła
(nazwa szkoły)

.....
(adres szkoły)

.....
(numer telefonu)

Rodzaj zajęć warsztatowych, którymi zainteresowana jest szkoła i ich tematyka:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Preferowane przez szkołę terminy zajęć, liczba klas nimi zainteresowanych, nazwiska nauczycieli – wychowawców klas:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NINIEJSZE ZAPOTRZEBOWANIE PROSIMY DOSTARCZYĆ DO PORADNI Z ODPOWIEDNIM WYPRZEDZENIEM (MINIMUM DWA TYGODNIE PRZED PLANOWANYM TERMINEM REALIZACJI – PROSIMY O KONTAKT Z OPIEKUNEM MERYTORYCZNYM PLACÓWKI/REALIZATOREM)

.....
(czytelny podpis osoby odpowiedzialnej
w szkole za współpracę z Poradnią)

.....
(podpis dyrektora szkoły/placówki)