

LCNK w  
*miejsowość*

## OPINIA PSYCHOLOGA LCNK

w sprawie

- objęcia ucznia<sup>1</sup> indywidualną opieką mentorską z przedmiotu .....,
- umożliwienia uczniowi<sup>2</sup> udziału w formach wspierania uczniów uzdolnionych przeznaczonych dla wyższego poziomu edukacyjnego (etapu szkoły ponadpodstawowej).

### Dane ucznia:

- a) imię i nazwisko:
- b) data urodzenia:
- c) miejsce zamieszkania:
- ulica:
  - numer domu i mieszkania:
  - miejscowość:
  - kod pocztowy:            poczta:
- d) dane kontaktowe:
- telefon kontaktowy:
  - adres e-mail:
- e) szkoła:                    , klasa:

### Dane rodzica/opiekuna prawnego:

- a) imię i nazwisko:
- b) dane kontaktowe:
- telefon kontaktowy:
  - adres e-mail:

1) Opis psychospołecznych predyspozycji ucznia do objęcia wnioskowaną formą wsparcia:

2) Uzasadnienie potrzeby objęcia ucznia wnioskowaną formą wsparcia:

3) Wnioski i rekomendacje:

Podpis psychologa: .....

*(imię i nazwisko)*

Data:

Podpis opiekuna pedagogiczno-metodycznego: .....

*(imię i nazwisko)*

<sup>1</sup> Dot. uczniów szkoły ponadpodstawowej.

<sup>2</sup> Dot. uczniów szkół podstawowych.