



, dnia  
*miejsowość, data*

LCNK w  
*miejsowość*

## **OPINIA PSYCHOLOGA LCNK**

w sprawie

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

Dane ucznia:

- a) imię i nazwisko:
- b) data urodzenia:
- c) miejsce zamieszkania:
- ulica:
  - numer domu i mieszkania:
  - miejscowość:
  - kod pocztowy:            poczta:
  - 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: .....

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

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