**WNIOSEK – NIEUKOŃCZENIE SZKOŁY**

Imię i Nazwisko ucznia…………………………………………………………………………………

Rok urodzenia ucznia:………………………………………………………………………………….

Szkoła/Klasa:…………………………………………………………………………………………..

Wnioskuję do zespołu terapeutycznego o wyrażenie opinii w sprawie

NIEUKOŃCZENIA SZKOŁY ................................................................................................................

 ( nazwa szkoły)

przez ucznia…………………………………………………………………… w roku szk....................

………………………………. ………………………………………..

 (data) (Podpis wychowawcy oddziału)

  **OPINIA ZESPOŁU O NIEUKOŃCZENIU SZKOŁY PRZEZ UCZNIA**

Zespół terapeutyczny na posiedzeniu w dniu ……………………….. zaopiniował pozytywnie/negatywnie wniosek o NIEUKOŃCZENIE SZKOŁY w roku szk. ..........................

przez ucznia……………………...................................……………………………………………..

Uzasadnienie opinii:

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………… ……………………………………………

 (data) ( Podpis przewodniczącego Zespołu)

Podpisy członków Zespołu: …………………………………. …………………………………… …………………………………

…………………………………… …………………………………..

…………………………………… …………………………………..

…………………………………… …………………………………..

Opinię Zespołu ( wraz z dokumentem uzgodnienia z rodzicem) oraz wniosek Zespołu Terapeutycznego do Rady Pedagogicznej o podjęcie decyzji o nieukończeniu szkoły przez ucznia przedstawiono Radzie Pedagogicznej w dniu …………………………

 ………………………………………….

 miejscowość , data

UZGODNIENIE DOT. NIEUKOŃCZENIA SZKOŁY PRZEZ UCZNIA

Zespół Terapeutyczny na posiedzeniu w dniu ……………………….. zaopiniował pozytywnie wniosek o NIEUKOŃCZENIE SZKOŁY.......................................................................................................................................

 (nazwa szkoły)

w roku szk. ..........................przez ucznia……......................................................……………….............…………..

Decyzję tą Zespół Terapeutyczny uzgodnił z rodzicem / prawnym opiekunem ucznia.

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

 podpis przewodniczącego ZT podpis rodzica / prawnego opiekuna