



### SOGLASJE STARŠEV

Šola nudi individualno in skupinsko pomoč učencem, ki imajo težave pri učenju in doseganju minimalnih standardov znanja. Pomoč izvajajo učitelji, pedagogi in spec. pedagogi. Glede na to, da smo vašemu otroku omogočili obiskovanje dopolnilnega pouka, diferenciacijo in individualizacijo pouka težave pa vztrajajo, ga želimo vključiti tudi v to obliko pomoči. S podpisom soglašate s pogoji izvajanja.

Spodaj podpisani(a) \_\_\_\_\_ soglašam, da moj otrok \_\_\_\_\_, roj. \_\_\_\_\_, v šolskem letu \_\_\_\_\_ obiskuje individualno in skupinsko pomoč.

S podpisom izjavljam:

- **da bo moj otrok redno/po dogovoru obiskoval izbrane oblike pomoči,**
- **da bo moj otrok ob tem opravljal tudi vse šolske obveznosti in obiskoval dopolnilni pouk,**
- **da bom pri razredniku ali izvajalcu pomoči redno spremljal otrokov napredek.**

V primeru trikratne neopravičene odsotnosti se učencu pomoč ukine.

Ob ustreznem napredku otroka se pomoč ukine. Starši se o tem posvetujete s strokovnim delavcem šole.

Starši lahko svoje soglasje kadarkoli pisno prekličete.

\_\_\_\_\_  
*Kraj in datum*

\_\_\_\_\_  
*Podpis staršev ali skrbnikov*

\_\_\_\_\_  
*Podpis učenca*

\_\_\_\_\_  
*Podpis učitelja*

**V primeru, da pomoč zavračate, izpolnite spodnje besedilo:**

Moj otrok \_\_\_\_\_, ki obiskuje \_\_\_\_\_ razred, predlagane pomoči v šolskem letu \_\_\_\_\_ ne bo obiskoval.

Ime in priimek staršev: \_\_\_\_\_ Podpis staršev: \_\_\_\_\_