



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: _____