**OPINIA PSYCHOLOGA/PEDAGOGA**

**dotycząca uczestnictwa dziecka w projekcie**

**PRZEDSZKOLAKI SĄ GOTOWE NA ZAJĘCIA DODATKOWE!**

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka)

…………………………………………………………………………………………………

(data i miejsce urodzenia)

…………………………………………………………………………………………………

(nazwa przedszkola/szkoły podstawowej)

Dziecko przebywa w placówce **5 GODZIN / POWYŻEJ 5 GODZIN** \*

**Opinia na temat uczestnictwa dziecka w zajęciach dodatkowych**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Niniejszym opiniuję **POZYTYWNIE / NEGATYWNIE** \* uczestnictwo dziecka w zajęciach dodatkowych w ramach projektu pn. „Przedszkolaki są gotowe na zajęcia dodatkowe!” w roku szkolnym 2024/2025 i/lub 2025/2026.

………………………………………………………….…………………….

(czytelny podpis pedagoga/psychologa lub innego specjalisty)

\* niepotrzebne skreślić