

Nr...../.....

Stimați părinți,

În vederea unei colaborări eficiente cu Cabinetul de Asistență Psihopedagogică din școală, vă rugăm să vă exprimați acordul/dezacordul cu privire la participarea copilului dumneavoastră la activități de asistență și consiliere individuală sau de grup.

Activitățile care se desfășoară în cabinet sunt proiectate pentru a veni în sprijinul elevilor prin asigurarea informării și consilierii pe teme de cunoaștere și autocunoaștere, adaptarea elevilor la exigențele școlii, optimizarea relațiilor cu colegii și cadrele didactice, prevenirii sau diminuării factorilor care determină tulburări comportamentale, comportamente cu risc sau disconfort psihic, orientare școlară și profesională etc.

Vă rugăm să notați în coloana corespunzătoare DA/NU, în funcție de opțiunea dumneavoastră.

Vă mulțumim!

Clasa _____

Nr. crt.	Numele și prenumele părintelui	Sunt de acord DA	Nu sunt de acord NU	Semnătura
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

*Pentru informații și clarificări vă rugăm să vă adresați consilierului școlar.

Consilier școlar,

Educatore/ Învățătoare/ Diriginte,