

.....
(nazwa szkoły)

im.

.....
(adres szkoły)

.....
(województwo)

.....
(gmina/dzielnica)

EWIDENCJA KIPU I POTWIERDZENIA ODBIORU ORYGINAŁU

(KIPU – Karta Indywidualnych Potrzeb Ucznia)

Rejestr obowiązuje od

Zakończono na pozycji

.....
Dyrektor szkoły



Opracowanie: **Elżbieta Linowska**

© Copyright 2015 by Wydawnictwo EduLex s.c.

Dystrybucja:

Wydawnictwo EduLex s.c.

tel. 22 400 28 82

fax 22 379 76 36

biuro@edulex.com.pl

www.edulex.com.pl

Rok szkolny

Lp.	Nr KIPU	Imię i nazwisko ucznia	Numer z Księgi Uczniów	Okres udzielania pomocy psych.-ped. od-do	Osoba odbierająca oryginał KIPU	Data wydania KIPU	Czytelny podpis odbierającego	Zgoda na przekazanie kopii karty do innej placówki*
							 Data (czytelny podpis)
							 Data (czytelny podpis)
							 Data (czytelny podpis)
							 Data (czytelny podpis)
							 Data (czytelny podpis)

* wpisać: wyrażam zgodę lub nie wyrażam zgody

Rok szkolny

Lp.	Nr KIPU	Imię i nazwisko ucznia	Numer z Księgi Uczniów	Okres udzielania pomocy psych.-ped. od-do	Osoba odbierająca oryginał KIPU	Data wydania KIPU	Czytelny podpis odbierającego	Zgoda na przekazanie kopii karty do innej placówki*
							 Data (czytelny podpis)
							 Data (czytelny podpis)
							 Data (czytelny podpis)
							 Data (czytelny podpis)

* wpisać: wyrażam zgodę lub nie wyrażam zgody