



Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
62-561 Ślesin, ul. Żwirki i Wigury 55
tel./fax 63 270-59-88
mail: slesin@ppppslesin.pl
www.ppppslesin.pl

.....
(miejsowość, data)

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W SIECI WSPÓŁPRACY I SAMOKSZTAŁCENIA NAUCZYCIELI

Ja niżej podpisany(a).....
(imię i nazwisko)

Zatrudniony(a).....
(adres szkoły/placówki)

Deklaruję uczestnictwo w **Sieci Współpracy i Samokształcenia Nauczycieli**
w roku szkolnym

(wpisać rok szkolny)

(proszę o zakreślenie znakiem **X** uczestnictwa w wybranej sieci):

- terapeutów pedagogicznych**
- logopedów**
- doradców zawodowych**

.....
(podpis uczestnika)