

Progimnazija „MAGIS“
Siekiantys daugiau

PRAŠYMAS PRIIMTI MOKYTIS

202_ m. _____ mėn. ____ d., Vilnius

Vaiko vardas pavardė: _____

Gimimo data: _____ m. _____ mėn. ____ d. Lytis: _____

Gyvenamoji vieta: _____

Vaiko atstovo vardas pavardė: _____

Tel.: 86 _____ El. pašto adresas: _____

*Prašau priimti mano vaiką mokytis progimnazijoje „MAGIS“ (VšĮ „Mokykla vaikams“ filialas)
pagal Lietuvos Respublikos Pagrindinio ugdymo bendrąją programą (I-ąją dalį)
5 klasėje nuo 202_ m. _____ d.*

(Vaiko atstovo vardas, pavardė)

(parašas)

INFORMACIJA APIE MOKYMAŠI IR PASIEKIMUS (ranka pildo vaikas)

Paskutinė(is) mokytoja(s): _____

Tel.: _____ Mokykla: _____

Nurodyk savo akademinis pasiekimus - konkursus ir juose pasiektus rezultatus.

mokslo metai	dalykas ir lygis (mokykla, miestas, šalis)	rezultatas
--------------	--	------------

mokslo metai	dalykas ir lygis (mokykla, miestas, šalis)	rezultatas
--------------	--	------------

mokslo metai	dalykas ir lygis (mokykla, miestas, šalis)	rezultatas
--------------	--	------------

mokslo metai	dalykas ir lygis (mokykla, miestas, šalis)	rezultatas
--------------	--	------------

Kokiu (iais) savo pasiekimais, darbais ar gebėjimais labiausiai didžiuojiesi? Kodėl?

Progimnazija „MAGIS“
Siekiantys daugiau

INFORMACIJA APIE GALIMYBES IR POREIKIUS (pildo atstovas)

Siekdami įsitikinti, kad turėsime galimybes užtikrinti saugią ir aktyvią Jūsų vaiko veiklą ir laisvalaikį Mokykloje, prašome atsakyti į šiuos klausimus:

Ar Jūsų vaikas gali atlikti visus fizinio lavinimo pratimus? Taip _____ Ne _____

Jei ne, prašome išsamiai paaiškinti, kokių fizinių problemų Jūsų vaikas turi, kokius specialius vaistus vartoja, kurie galėtų riboti ar paveikti fizinį aktyvumą:

Ar Jūsų vaikas gali be apribojimų leisti laiką lauke? Taip _____ Ne _____

Jei ne, prašome paaiškinti: _____

Ar Jūsų vaikas laikosi specialios dietos? Taip _____ Ne _____

Jei taip, aprašykite (kokių produktų vaikas negali vartoti): _____

Išsamiai apibūdinkite Jūsų vaiko sveikatos problemas, jei yra (pvz. astma, diabetas, priepuoliai, regėjimo, klausos, kalbos (tarties) ar koordinacijos problemos, kt.):

Ar Jūsų vaikas yra kam nors alergiškas? Taip _____ Ne _____ Jei taip, aprašykite reakciją:

Ar Jūsų vaikas turi dėmesio ar elgesio sutrikimų, vystymosi sutrikimų, specialiųjų ugdymosi poreikių (yra ar buvo reikalinga spec. pedagogų ar psichologų pagalba)? Taip _____ Ne _____ Jei taip, aprašykite:

Ar Jūsų vaikas yra savarankiškas ir įgudęs pasirūpinti savimi? Taip _____ Ne _____

Patvirtinu, kad visa aukščiau pateikta informacija yra teisinga. (Nurodžius neteisingą informaciją Mokykla turi teisę bet kuriuo metu be įspėjimo nutraukti mokymo sutartį)

(Vaiko atstovo vardas, pavardė)

(parašas)