

.....  
(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

Rok szkolny .....

Lp.	Nr KIPU	Imię i nazwisko ucznia	Numer z Księgi Ewidencji Uczniów	Okres udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej		Osoba odbierająca oryginał KIPU	Data wydania KIPU	Czytelny podpis odbierającego
				od	do			

Rok szkolny .....

Lp.	Nr KIPU	Imię i nazwisko ucznia	Numer z Księgi Ewidencji Uczniów	Okres udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej		Osoba odbierająca oryginał KIPU	Data wydania KIPU	Czytelny podpis odbierającego
				od	do			