................................................ (miejscowość, data)

…………………………………

(imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego)

…............................................

(imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego)

…............................................

(adres rodziców/opiekunów prawnych)

…………………………………

(numer telefonu)

 **STAROSTA SŁUBICKI**

 **Starostwo Powiatowe**

 **ul. Piłsudskiego 20**

 **69-100 Słubice**

**WNIOSEK O SKIEROWANIE**

**do kształcenia specjalnego**

Proszę o skierowanie …..........................................................................................................................................

 (imię i nazwisko dziecka)

urodzonego …...........................................................................................................................................

 (data i miejsce urodzenia, Nr PESEL)

zamieszkałego …..........................................................................................................................................

 (dokładny adres)

do

……………………………………………………………………………………………………….

…...........................................................................................................................................

 (ośrodek, o który rodzice/prawni opiekunowie występują oraz szkoła/klasa, do której ma uczęszczać dziecko)

zgodnie z orzeczeniem Nr …........................................ o potrzebie kształcenia specjalnego wydanego w dniu …....................................................... przez Zespół Orzekający Nr ….

przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w ....................................................................

 ......................................................................

 (podpisy wnioskodawców)

Załączniki:

1. wniosek o skierowanie kształcenia specjalnego w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym,

2. w przypadku opiekunów prawnych – dokument o ustanowieniu prawnego opiekuna,

3. orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.