…………………………………

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

(imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego)

…………………………………………………………………..

(imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego)

…………………………………………………………………..

(adres rodziców/opiekunów prawnych)

…………………………………………………………………..

(numer telefonu)

 **STAROSTA SŁUBCKI**

 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)

zamieszkałego

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

 (dokładny adres)

do

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

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

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

Zgodnie z Orzeczeniem Nr ……………………………………….. o potrzebie kształcenia specjalnego wydanego w dniu ………………………………. Przez Zespół Orzekający Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w ……………………………………… .

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. – Dz.U.2016.922 z późn. zm.) w celach związanych z uzyskaniem skierowania do kształcenia specjalnego w ośrodku.

 …………………………………………………………………….

 (podpisy wnioskodawców)

Załączniki:

1. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
2. W przypadku opiekunów prawnych – dokument o ustanowieniu prawnego opiekuna