

.....
Imię i nazwisko matki (prawnej opiekunki)

Słupsk, dnia

.....
Imię i nazwisko ojca (prawnego opiekuna)

STAROSTA SŁUPSKI
ul. Szarych Szeregów 14
76-200 Słupsk

.....
Adres rodziców (prawnych opiekunów)

.....
ew. proszę podać numer telefonu kontaktowego

WNIOSEK

o skierowanie dziecka do kształcenia specjalnego

SYMBOL PS 07

Proszę o skierowanie mojego/ej syna/córki,
(imię/imiona i nazwisko dziecka)

urodzonego/ej w,
(dokładna data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zamieszkałego/ej.....
(dokładny adres)

ucznia/uczennicy klasy
(podać klasę i nazwę szkoły)

do
(proszę określić rodzaj lub nazwę szkoły/placówki , o którą rodzice (prawni opiekunowie występują)

zgodnie z orzeczeniem Nr wydanym w dniu

przez Zespół Orzekający Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji tego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

.....
Data i podpis (nazwisko, imię)

Załączniki:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)