

**……………………………………….**Miejscowość i data

Nazwiska i imiona rodziców / opiekunów prawnych:

Matka …………………………………………………………………………

Ojciec …………………………………………………………………………

Adres zamieszkania rodziców / opiekunów prawnych: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
nr telefonu: ……………………………………………………………………...……………………

**WNIOSEK O WYDANIE OPINII**

w sprawie zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego / zindywidualizowanej ścieżki kształcenia\*

Imię/imiona i nazwisko dziecka ……………………………………………………………………………...

Data urodzenia: ……….……………… Miejsce urodzenia: ……………………………………..

Pesel …………………………………………………………………………………………………

W przypadku braku numeru pesel seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

Adres zamieszkania dziecka: kod pocztowy: ………………..miejscowość: …………………..

ulica: ………………………………..….…nr domu: ……………..nr lokalu: …………………….

Nazwa placówki (przedszkole, szkoła): ……………………………………...…………………..

Adres szkoły / przedszkola …………………………………………………………………………

Klasa / oddział ……………………………………………………………………………………….

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* podkreślić właściwe**

1. Opis trudności w funkcjonowaniu w szkole / przedszkolu

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. Mocne strony, zainteresowania, uzdolnienia

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie w przedszkolu / szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym / szkolnym: \*\*

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\*\*** wypełnia lekarz

**Załączona przez Rodzica/opiekuna prawnego dokumentacja:**

 zaświadczenie lekarskie

 opinia o sytuacji dydaktycznej i wychowawczej ucznia

 inne………………………………………………………………………………….

………………………..……………………..
Czytelny podpis wnioskodawcy

……………………………………

Data

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam , że \*\*\*

1. Jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/ uczniem
2. Jestem prawnym opiekunem dziecka / ucznia
3. Osobą/ podmiotem sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem / uczniem

……………………………………
Czytelny podpis wnioskodawcy

……………………………………

Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\*\*\* właściwe podkreślić