PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA

*PSYCHOLOGIC EDUCATIONAL CONSULISTIC CENTER FOR CHILDREN AND YOUTH WITH SIGH, HEARING, AND AUTISM DEFECTS*

26-500 SZYDŁOWIEC ul. KO**Ś**CIUSZKI 185

TEL/FAX (0-48) 617-10-01 lub (048) 617-14-5

 Szydłowiec, dn. ……………r.

***Wnioskodawca:***

*…………………………………………………..*

 */imię i nazwisko wnioskodawcy/*

*…………………………………………………..*

 */adres zamieszkania/*

*…………………………………………………..*

 */nr tel../*

***Dyrektor***

***Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej***

***w Szydłowcu***

***ul. Kościuszki 185***

***26-500 Szydłowiec***

***WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY INDYWIDUALNEJ***

***Proszę o przekazanie Karty Indywidualnej mojego dziecka:***

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia:……………………………………………………………………..

Imiona rodziców:…………………………………………………..

Adres zamieszkania:…………………………………………………………………………..

Nazwa i adres szkoły/placówki do której uczęszcza dziecko/uczeń/uczennica: …………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………kl……………

Do:

**Nazwa placówki do której należy przekazać Kartę Indywidualną:**

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

Adres w/w placówki: …………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

Uzasadnienie wniosku:

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

………………………

 /Czytelny podpis wnioskodawcy/

*Podstawa prawna: & 21a ust.1 Rozporządzenie MEN s dnia 16 lipca 2009r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji (Dz.U.z 2009r.,Nr 116,poz.977)*