Elbląg, dnia……………………………………………….

………………………………………………….

 *pieczęć szkoły*

**Pan Leszek Iwańczuk**

**Dyrektor SOSW Nr 1**

**w Elblągu**

**ul. Kopernika 27**

**WNIOSEK**

**o przyjęcie ucznia
do ELBLĄSKIEGO CENTREUM TERAPII I REWALIDACJI przy SOSW nr 1**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie .........................................................................

 *imię i nazwisko ucznia*

ucznia klasy ....... na zajęcia terapeutyczne..........................................................

 *nazwa zajęć*

których szkoła nasza nie ma możliwości uczniowi zapewnić.

Zalecenia do organizacji zajęć dla ucznia zawarte są w orzeczeniu/opinii poradni

psychologiczno-pedagogicznej nr ............................................................................

 *numer opinii/orzeczenia*

wydanym przez PPP nr.......... w ......................... .

……………………………………………………..

 *podpis i pieczęć dyrektora szkoły*

W załączeniu:

1. kserokopia wniosku rodziców/opiekunów o objęcie ucznia zajęciami terapeutycznymi
2. kserokopia opinii/orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej
3. dane kontaktowe rodziców/opiekunów
4. oświadczenie rodziców/opiekunów o wyrażeniu zgody na przekazywanie szkole macierzystej informacji o przebiegu terapii
5. ...........................................................................................