Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Starogardzie Gdańskim

ul. Grunwaldzka 28; 83-200 Starogard Gdański

tel/fax. 5856-229-82; email: ppp.starogard@wp.pl ; [www.pppstarogard.pl](http://www.pppstarogard.pl/)

**Заявление о принятии решения о необходимости специального образования**

Имя (имена) и фамилия дошкольникa или ученика : ……………………………………………………………………………………………………………

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

Дата и место рождения дошкольникa или ученика :

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

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

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

Номер PESEL дошкольникa или ученика, а при отсутствии номера PESEL - серия и номер документа подтверждающего его личность: …………………………………………….

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

Название и адрес детского сада, школы или центра (в Польше): ……………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

1. класс в школе, в котором он учится:

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

1. профессия - в случае ученикa профессионального училища:

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

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

Имена и фамилии родителей дошкольникa или ученика :

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

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

Место жительства в Польше (aдрес) : ……………………………………………………………

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

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

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

Имена и фамилии лиц, выступающих в качестве временного опекуна, и степень родства:…………………………………………………………………………………………………

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

Место их жительства в Польше (aдрес) :

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

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

Адрес для почтовых отправлений если он отличается от места жительства:

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

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

Указание причины и цели, для которой необходимо получить решение
о необходимости специального образования : ………………………………………………….

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

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

Информация о ранее полученных для дошкольника или ученика решениях
о необходимости специального образования, заключения комплексной оценкu с ИРЦ (Инклюзивно-Ресурсный Центр) - если таковые были выданы в Украине: ……………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

Информация об используемых методах общения - если дошкольник или ученик/ школьник нуждается в поддерживающих или альтернативных методах общения (ААС - Augmentative and Alternative Communication/Дополнительная и альтернативная коммуникация) или он не владеет польским/украинским/русским языками на коммуникативном уровне

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

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

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

Адрес электронной почты и номер телефона заявителя, если таковые имеются

Эл. почта: ……………………………………………………………………………………………..

Мобильный телефон: ……………………………………………………………………………….

…………………………………………….. ……………………………………………

 *место, дата подпись заявителя*

К заявлению можно приложить медицинскую справку о здоровье дошкольникa или ученика, выданную врачом или другие документы, если родитель или лицо выступающие в качестве временного опекуна, имеет указанные выше документы, например Висновок про комплексу оцiнку з IРЦ (Iнкюзивно-Ресурсный Центр)/Заключение о комплексной оценке с ИРЦ (Инклюзивно-Ресурсный Центр), документы равнозначные суждениям о необходимости специального образования.