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

…................................................................. *miejscowość, data*

*imię i nazwisko matki (opiekuna prawnego)*

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

*imię i nazwisko ojca (opiekuna prawnego)*

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

1. *adres matki, numer telefonu (opiekunów prawnych)*

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

1. *adres ojca, numer telefonu (opiekunów prawnych)*

**STAROSTA STARGARDZKI**

**Starostwo Powiatowe**

**ul. Skarbowa 1**

**73-110 Stargard**

**WNIOSEK O SKIEROWANIE**

**do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii**

Proszę o skierowanie ….........................................................................................................................

*imię i nazwisko dziecka*

urodzonego …........................................................................................................................................

*data i miejsce urodzenia*

zamieszkałego …....................................................................................................................................

*dokładny adres*

do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii

zgodnie z orzeczeniem Nr …..................................................... o potrzebie kształcenia specjalnego

wydanym w dniu …......................................................................... przez Zespół Orzekający Poradni

Psychologiczno-Pedagogicznej w ….....................................................................................................

Obecnie córka/syn\* jest uczniem/ukończył\* …....................................................................................

*nazwa szkoły, klasa*

Wyrażam/y zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) w celach związanych z uzyskaniem skierowania do młodzieżowego ośrodka socjoterapii.

......................................................................

\* niepotrzebne skreślić podpisy wnioskodawców

orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego dla dzieci zagrożonych niedostosowaniem społecznym,

dokumentacja stanu zdrowia (karta zdrowia, karta szczepień,)

skrócony odpis aktu urodzenia dziecka,

odpis arkusza ocen, ostatnie świadectwo szkolne,

poświadczenie o zameldowaniu wraz z numerem PESEL(z urzędu miasta, gminy).