………………….……………………………………….

miejscowość, data

*………………………………………………………………………………….…*

*Imię i nazwisko wnioskodawcy*

*(rodzic, opiekun prawny, pełnoletni uczeń)*

*………………………………………………………………………………………*

*Adres zamieszkania*

*…………………………………………………………………………………….*

**Dyrektor Poradni**

**Psychologiczno-Pedagogicznej**

**dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem**

**ul. Słowackiego 54/56**

**60-521 Poznań**

**WNIOSEK O PRZEKAZANIE DOKUMENTACJI INDYWIDUALNEJ**

*Podstawa prawna: § 24.1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły, i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji (Dz.U. 2017 poz. 1646)*

*Poradnia Psychologiczno–Pedagogiczna dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem stała się niewłaściwa do udzielania pomocy mojemu dziecku, w związku z tym proszę o przekazanie do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Środzie Wielkopolskiej indywidualnej teczki zawierającej dokumentację badań i czynności uzupełniających.*

***Dane córki/syna/moje*** *(właściwe podkreślić):*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*……………………………………………………………………………………………PESEL*

*(Imię i nazwisko)*

*……………………………………………………………………….*

*(czytelny podpis wnioskodawcy)*