Choszczno, dnia……..........................

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:

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

Adres.................................................................

Kod pocztowy...................................................

Powiat...............................................................

 **Starosta Choszczeński**

 **WNIOSEK ¹**

**o skierowanie dziecka do młodzieżowego ośrodka socjoterapii**

Proszę o skierowanie mojego dziecka .........................................................................................

 *(imię nazwisko)*

urodzonej (urodzonego) ........................................................w...................................................

*(data urodzenia) (miejsce urodzenia)*

zamieszkałej (zamieszkałego) …………………………………………………………………..

*(adres zamieszkania)*

do klasy ………… szkoły ………………………………………………………………………

w ………………………………………………………………………………………………...

*(nazwa i adres placówki)*

Obecnie moje dziecko jest uczniem……………………………………………………………

**Do wniosku dołączam:**

1. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na zagrożenie niedostosowaniem społecznym nr ................................……………wydane przez:

……………………………………………………………………………………………….

1. ……………………………………………………………………………………………….

*inne dokumenty – jeżeli zostały wydane*

1. ……………………………………………………………………………………………….

*inne dokumenty – jeżeli zostały wydane*

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

*(podpis rodzica /opiekuna prawnego)*

¹ Wypełniają rodzice / opiekunowie prawni