

Łódź, dnia

.....
.....
.....
(imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów)*

.....
.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu kontaktowego)

**Wydział Edukacji
Urzędu Miasta Łodzi
ul. Sienkiewicza 5
90-113 Łódź**

Proszę o wydanie skierowania do kształcenia specjalnego mojego syna / mojej córki *

.....
(imię i nazwisko dziecka)

urodzonego(-ej)* W
(data urodzenia dziecka) (nazwa miejscowości)

zamieszkałego(-ej)* w
(adres zamieszkania dziecka)

do klasy

.....
(nazwa szkoły)

W
(nazwa i adres zespołu szkół specjalnych / specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego)

w roku szkolnym

na czas
(kształcenia przedszkolnego; I, II lub III etapu edukacyjnego; kształcenia ponadgimnazjalnego, zintegrowanego)**

.....
(podpis rodziców/ prawnych opiekunów)

Załącznik:

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego nr z dnia

wydanego przez

(Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Nr w / Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Doradztwa Zawodowego i dla Dzieci z Wadami Rozwojowymi w Łodzi)**

* - niepotrzebne skreślić

** - proszę wybrać właściwe