

Rumia,

Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko rodzica/pełnoletniego ucznia

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu kontaktowego

**WNIOSEK RODZICÓW/PRAWNYCH I OPIEKUNÓW/PEŁNOLETNIEGO UCZNI
O PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH UCZNI
SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ**

Proszę o przeprowadzenie badań diagnostycznych mojego/mojej* syna/córki* /mnie* w sprawie występowania specyficznych trudności w uczeniu się pod postacią dyskalkulii, w tym dostosowania wymagań edukacyjnych i warunków egzaminacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się.

Imię i nazwisko ucznia

PESEL:Data urodzeniamiejsce ur.

Miejsce zamieszkania.....

Imiona rodziców

Nazwa szkoły

Klasa

Wnioskodawca: rodzice/prawni opiekunowie/pełnoletni uczeń*.

Uzasadnienie:

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

.....
/imię i nazwisko wnioskodawcy/ /podpis/

Data przyjęcia wniosku przez Dyrektora szkoły:podpis.....

* właściwe podkreślić