



Urząd Miasta Szczecin

Wydział Oświaty

pl. Armii Krajowej 1, 70-456 Szczecin

tel. + 48 91 42 45 643, fax: + 48 91 42 45 637

wos@um.szczecin.pl · www.szczecin.pl

WOś-8

Szczecin, dnia.....

.....
(imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna)

.....
(adres do korespondencji: ulica, nr domu/nr mieszkania, kod pocztowy, poczta)

.....
(tel. kontaktowy)

**WYDZIAŁ OŚWIATY
URZĄD MIASTA SZCZECIN
pl. Armii Krajowej 1
70-456 Szczecin**

WNIOSEK

o skierowanie ucznia zamieszkałego w Szczecinie do szkoły / placówki specjalnej, dla której organem prowadzącym jest Miasto Szczecin

Proszę o skierowanie mojego dziecka/podopiecznego
(imiona i nazwisko)

urodzonego w PESEL
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zamieszkałego
(dokładny adres zamieszkania)

do klasy w
(pełna nazwa i adres szkoły/placówki)

Jednocześnie roszę o zapewnienie całodobowego/dziennego pobytu w grupie wychowawczej ww. placówki (dotyczy wyłącznie MOS)*.

Obecnie dziecko uczęszcza do klasy..... w
(pełna nazwa i adres szkoły)

Oświadczam, że wnioskodawca*:

- jest rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/uczniem,
- jest prawnym opiekunem dziecka/ucznia,
- jest osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/uczniem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Gminę Miasto Szczecin – Urząd Miasta Szczecin danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku oraz załączonej do niego dokumentacji – w celu wydania skierowania do kształcenia specjalnego – zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) zwane RODO.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Do wniosku dołączam:

1. Ważne (aktualne) orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego,

2.

(wymienić inne dokumenty, jeśli zostają załączone)

* - niepotrzebne skreślić/uzupełnić wpis