**Wydział ds. wsparcia specjalistycznego władz lokalnych –**

**wniosek o wsparcie dziecka/osoby małoletniej**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka:** | **Data urodzenia:** |
| **Adres:** |
| **Szkoła/agencja składająca wniosek:**  | **Osoba kontaktowa i nr telefonu:** |

***Należy zaznaczyć tylko jedno pole***

|  |  |
| --- | --- |
| Okręgowy wydział usług psychologa (County Psychological Service) (w tym pomoc pracownika ds. dobrostanu emocjonalnego i zachowania) (Behaviour Emotional Wellbeing Officer)  | [ ]  |
| Koordynator SENCO edukacji wczesnoszkolnej/ Specjalistyczny nauczyciel doradca edukacji wczesnoszkolnej | [ ]  |
| Pracownik ds. dostępu i partycypacji (Access and Inclusion Officer) | [ ]  |
| Specjalistyczny nauczyciel doradca dla uczniów: |  |
| Z trudnościami komunikacyjnymi i w zakresie interakcji | [ ]  |
| Niewidomych/niedowidzących | [ ]  |
| Głuchych/niedosłyszących | [ ]  |
| Z językiem angielskim jako dodatkowym | [ ]  |
| Z problemami fizycznymi/medycznymi |[ ]
| Z trudnościami logopedycznymi i komunikacyjnymi | [ ]  |

**Uwaga: Powyższe działy usług wsparcia specjalistycznego przeprowadzą dodatkową ocenę i zapewnią porady, zanim rozważona zostanie opcja przeprowadzenia oceny ustawowej.**

*Możliwa jest konsultacja z tymi specjalistycznymi zespołami przed zgłoszeniem wniosku o ich zaangażowanie.*

**Jeżeli konieczne jest skierowanie do służby zdrowia, wówczas należy wypełnić odpowiedni formularz skierowania.**

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

|  |
| --- |
| **Dodatkowe dokumenty**Należy podać listę załączonych dodatkowych dokumentów. |

 |
|       |