**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. | |
|  |