|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wniosek o przeprowadzenie oceny dot. planu edukacji, zdrowia i opieki (EHCP)**  **Formularz zgody** | | Data | |  | | |
| **Imię i nazwisko dziecka Data urodzenia** | | | | | | |
|  | | |  | | | |
| **Obecny adres** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Tel. kontaktowy do rodzica/opiekuna/osoby małoletniej Adres e-mail** | | | | | | |
|  | | |  | | | |
| **Jeżeli wskazano plan edukacji, zdrowia i opieki i wskazano wszystkie agencje, które będą wspierały plan, należy rozważyć zamknięcie wsparcia w zakresie wczesnej pomocy, jeżeli nie wskazano innych/utrzymujących się potrzeb.** | | | | | | |
| **Wniosek o ocenę EHCP w następstwie przeglądu  *(należy dołączyć notatki z posiedzenia ilustrujące wieloagencyjną zgodę na ten wniosek)***  ***(Uwaga: w ramach procesu tej oceny skontaktuje się z Państwem członek zespołu opieki społecznej oraz może skontaktować się pracownik miejscowej służby zdrowia)*** | | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **Zgoda na ocenę EHCP** | Tak  Nie | | | | **Data:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis rodzica/opiekuna** |  |