|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |  |