***[Kérjük, hogy a sárgával jelölt részeket töltsd ki az azokban szereplő instrukciók szerint. Ügyelj rá, hogy a beadott nyilatkozatban ne maradjanak sárgával jelölt részek. Ezeket töröld ki.]***

*Ez egy általános, tájékoztató jellegű iratminta, nem minősül egyedi esetben nyújtott jogi tanácsadásnak. A kitöltés tartalmáért felelősséget szervezetünk nem vállal. Ha a kitöltésben egyéni segítséget szeretnél kérni, fordulj ingyenes jogsegélyszolgálatunkhoz a* [*jogsegely@tasz.hu*](mailto:jogsegely@tasz.hu) *címen.*

.…………………………………………………………………………………………...........

ISKOLA NEVE

ISKOLA CÍME

**BEFOGADÓ NYILATKOZAT**

Alulírott, ................ mint a a(z) ………..................................... köznevelési intézmény intézményvezetőjeként nyilatkozom, hogy

………………………………………………………. (gyermek/tanuló neve) (születési hely, idő.:……………………………………., anyja neve.:……………………………………, lakcíme: ………………………………………………………) az intézmény alapító okiratában (alapdokumentumában) foglalt fogyatékosság típusnak/zavarnak megfelelő sajátos nevelési igényű sajátos nevelési igényű gyermeket/tanulót ………………………………..-tól/től ……………………. évfolyamon intézményünk fogadni tudja. Kijelentem, hogy intézményünk a szakértői véleményi javaslat alapján, a számára előírt különleges bánásmód szerint ellátja, az előírt szakképzettségű gyógypedagógust számára biztosítja.

*Kérem, szíveskedjenek a szakértői véleményben a tanuló ellátására intézményünket kijelölni.*

Kelt, 2024. ...................... hó .................. nap

PH.

…………………………………

Intézményvezető

**SZÜLŐI KÉRELEM**

Alulírott

………………………… (Szülő, törvényes képviselő neve)

(anyja neve: …………………………. születési helye, ideje: ……………………. lakóhelye: ………………………)

………………………… (Szülő, törvényes képviselő neve)

(anyja neve: …………………………. születési helye, ideje: ……………………. lakóhelye: ………………………)

szülő/törvényes képviselő kérem, hogy

sajátos nevelési igényű gyermekem (gyermek/tanuló neve) (születési hely, idő.:……………………………………., anyja neve.:……………………………………, lakcíme: ………………………………………………………) számára ………………………...…..-tól ……………………… évfolyamon szíveskedjenek a …………….…………………………………………………………………………………...………………………………………….…. (oktatási azonosító szám:........................) intézményt kijelölni.

Kelt, 2024. ......................................... hó .............................. nap

.......................................................

szülő/törvényes képviselő

.......................................................

szülő/törvényes képviselő