

.....  
(pieczęć szkoły/przedszkola)

**Opinia szkoły/przedszkola nt. dziecka dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnicach dotycząca specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci/młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania**

**Imię i nazwisko dziecka:**.....

**Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:**.....

1. Czy dziecko posiada opracowany Indywidualny Program Edukacyjno - Terapeutyczny na bieżący rok szkolny? Proszę podkreślić właściwą odpowiedź: **tak / nie**

a) Jeśli tak, to proszę o podanie liczby godzin miesięcznie, form pomocy jakimi dziecko jest objęte

Pedagog specjalny	
Psycholog	
Pedagog	
Oligofrenopedagog	
Logopeda	
Inny specjalista (proszę wpisać jaki)	

b) Jeśli nie posiada, to proszę o podanie przyczyny: .....

.....  
.....  
.....  
2. Uwagi szkoły/przedszkola w zakresie organizowania dla dziecka przez MOPS dostępu do zajęć rewalidacyjno – wychowawczych w wyjątkowych przypadkach, jeśli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7.1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego: Dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo bez względu na stopień upośledzenia organizuje się naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i podmiotach leczniczych, a także w domu rodzinnym .....

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczęć i podpis osoby wystawiającej opinię)