 **Tolna Megyei Pedagógiai Szakszolgálat**

 **7100 Szekszárd, Augusz Imre u. 9-11.**

 **Tel.:** 74/ 510-645; **Fax:** 74/510-646

 **E-mail:** szekszard.szakertoi@gmail.com

 **Honlap:** [www.tmpsz.hu](http://www.tmpsz.hu)

**Intézménykijelölési kérelem befogadó nyilatkozattal**

**A gyermek/tanuló személyi adatai:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Név:………………………………………………. | Hivatkozási szám: …….......... | Osztály: …… |
| Születési hely:…………………………………….. | Idő:……………………………………... |
| Anyja neve:……………………………………….. |
| Gondviselő neve, lakása:………………………………………………………………………...Tanuló Oktatási azonosítója: ……………………………………………………………………. |
|  |

**Előző intézmény neve, címe:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Az intézményváltás indoka:**

* Lakóhelyváltás.
* Általános iskolai képzését követően középiskolában folytatja tanulmányait.
* Speciális általános iskolai képzését követően speciális szakiskolában folytatja tanulmányait.
* Szülői döntés.
* Egyéb: ……………………………………………………………………………………….

**Jelenlegi intézmény neve, címe:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Időpont** (a gyermeket mikortól tudják fogadni)**:**

…………………………………………………

**Ellátás módja:**

…………………………………………………………………………………………………

**A kérelemhez csatolni kell**: más megyei szakértői vélemény esetén, annak másolatát.

Kelt.: ……………………………………

 ph. .................................................

 igazgató/ intézményvezető