**NYILATKOZAT\***

*(A nyilatkozatot nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!)*

Alulírott …………………………………………………… (törvényes képviselő neve) az alábbiak szerint nyilatkozom gyermekem *különleges bánásmódot igénylő****1*** ellátásáról:

|  |  |
| --- | --- |
| Gyermek neve |  |
| sz. hely, idő: |  |
| Jelenlegi óvoda neve: |  |
| Rendelkezik-e a Pedagógiai Szakszolgálat szakértői véleményével? (igen/nem) |  |
| Ha igen, az ellátási kategória: (SNI / BTMN) |  |
| Ha az ellátási kategória SNI, a szakértői  bizottság véleménye szerinti *SNI típus****2***: |  |
| Ha van, az ellátásra kijelölt iskola neve |  |
| Ha nem, van-e folyamatban lévő vizsgálata a  Pedagógiai Szakszolgálatnál? |  |

Kelt: …………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  | …………………………………………….  Törvényes képviselő  aláírás |

Előttünk, mint tanúk előtt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tanú (1) | Tanú (2) |

Nkt. 4.§ 13. kiemelt figyelmet igénylő gyermek, tanuló: a) *különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló*:

• aa) sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló,

• ab) beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek, tanuló.

2 Nkt. 4.§ 25. *sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló*: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszédfogyatékos, több fogyatékosság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd.

\*A nyilatkozat kitöltése önkéntes. Célja: A felvételről hozott döntés alkalmával vizsgálandó az intézmény szakmai alapdokumentuma szerinti feladat elláthatósága, a felvehető maximális tanulólétszám. A tájékoztatás a feladatellátás megszervezéséhez szintén szükséges.