

**VLOGA ZA SODELOVANJE Z INKLUZIVNIM TIMOM MOBILNE SLUŽBE
CIRIUS KAMNIK**



Naziv šole: _____

Naslov šole: _____

Telefon: _____ E-naslov: _____

Kontaktna oseba: _____ E-naslov: _____

Prosimo za pregled in svetovanje za otroka/mladostnika (ime in priimek):

_____ ,

Naslov stalnega bivališča otroka/mladostnika: _____

rojena (datum) _____, ki obiskuje (ustrezno obkrožite) VVZ / OŠ / SŠ _____ razred.

Predstavitvev otroka/mladostnika in opis težav, s katerimi se srečujete pri delu z njim:

Prosimo za: _____

Priloge:

1. Pedagoško poročilo oz. opisne ocene otroka
2. Fotokopija odločbe o usmerjanju in strokovnega mnenja
3. Pisno soglasje staršev

Podpis kontaktne osebe:

Žig:

Podpis ravnatelja/ice:

V _____, dne _____