



CENTRUL JUDEȚEAN DE RESURSE ȘI ASISTENȚĂ EDUCAȚIONALĂ BACĂU

Str. Oituz, Nr. 24, mun. Bacău, jud. Bacău, Cod Poștal 600266

Tel/Fax: 0234.557300, Web: www.cjrae-bacau.ro, E-mail: cjrae_bc@yahoo.com

Nr. înregistrare...../

Cerere pentru orientare școlară/ profesională a copiilor cu cerințe educaționale speciale**Doamnă Director,**

Subsemnatul(a).....,
 domiciliat (ă) în localitatea str.
 nr....., bl....., sc....., ap....., județul, telefon
 legitimat/ă cu CI seria nr., în calitate de părinte/reprezentant legal copilului
 născut la data de
 CNP....., înscris în grupa/clasa.....
 la grădinița/școala....., solicit prin prezenta evaluarea
 complexă și orientarea școlară/ profesională a copilului meu pentru

Școlarizare în regim* *Pentru solicitările integrării în învățământul special	de zi	
	săptămânal	
	semestrial	

Anexez următoarele documente (se bifează):

☐	COPIE A ACTULUI DE IDENTITATE AL COPILULUI (certificat de naștere, carte de identitate)
☐	COPII ALE ACTELOR DE IDENTITATE ALE PĂRINȚILOR/ REPREZENTANTULUI LEGAL / Copie a documentului prin care se face dovada că persoana care depune cererea este reprezentantul legal al copilului (hotărâre a instanței/ hotărâre/dispoziție a comisiei pentru protecția copilului)
☐	ANCHETĂ SOCIALĂ de la SPAS/ DGASPC Bacău (termen de valabilitate: între 3 luni - 6 luni);
☐	FIȘA MEDICALĂ SINTETICĂ de la medicul de familie (termen de valabilitate: 1 an de la data emiterii)
☐	CERTIFICATUL MEDICAL tip A5 de la medicul de specialitate (termen de valabilitate: între 3 luni - 4 ani)
☐	FIȘA DE EVALUARE PSIHOLOGICĂ psiholog Policlinica/psiholog clinician (termen de valabilitate: nu mai mare de 3 luni de la data emiterii)
☐	FIȘA PSIHOPEdagogică (eliberată de unitatea de învățământ unde este înscris copilul/elevul)
☐	ADEVERINȚĂ care atestă înscrierea copilului în unitatea de învățământ (dacă e cazul)
☐	COPIE CERTIFICAT DE ORIENTARE ȘCOLARĂ/ PROFESIONALĂ (dacă e cazul)
☐	COPIE CERTIFICAT DE ÎNCADRARE ÎN GRAD DE HANDICAP + Plan de abilitare-reabilitare a copilului cu dizabilități (dacă e cazul)
☐	Alte documente în copie: bilet de ieșire din spital, scrisori/referate medicale, adeverință terapie

- Subsemnatul,....., ☐ **consimt**/ ☐ **nu consimt** ca datele cu caracter personal furnizate prin prezentul dosar sa fie colectate si prelucrate doar in scopul prevazut de OAP 1985/1305/5805 din 2016 si in conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016.
- Declar pe proprie răspundere că nu voi realiza nici o înregistrare audio sau video a ședinței de evaluare a copilului și sunt de acord că nici membrii SEOSP să nu realizeze nici o înregistrare în acest sens.

Data

Semnătura părintelui/reprezentantului legal