Załącznik Nr 2

Zarządzenia nr 8/2022 dyrektora PPP w Swarzędzu

z dnia 22.08. 2022 r.

………………………………….

 (miejscowość, data)

…………………………………………………………………

(pieczątka Poradni wydającej skierowanie)

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna**

 **w Swarzędzu**

 **ul. Dworcowa 7**

 **62-020 Swarzędz**

**SKIEROWANIE NR …………….**

**na badania dziecka z podejrzeniem o autyzm/zespół Aspergera**

**w celu wydania orzeczenia lub opinii**

1. Imię i nazwisko dziecka: …………………………………………………………………………………………………………………
2. Data i miejsce urodzenia: ……………………………………………………………………………………………………………….
3. PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….
4. Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………………………….
5. Nazwa i adres placówki, do której uczęszcza dziecko: …………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Uzasadnienie - opis objawów wskazujących na występowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu:

…………………………………………………………….

 (pieczątka i podpis dyrektora/kierownika )