**Intézmény neve:**

**Címe:**

**Telefon:**

**Gyógypedagógiai ellátásra jogosult, - sajátos nevelési igényű gyermekek**

**felülvizsgálatának jelentése**

**20.. / 20..** tanév

| **sor****szám** | **tanuló/gyermek****neve****szül. idő** | **Törzsszáma** | **fogyaté-kosság**(BNO kód**)**  | **SNI megállapításá-nak kelte (az első szakértői vélemény kelte, amikor SNI)** | **Jelenleg érvényes szakértői véleményének kelte** | **Hányadik felülvizsgálata következik\*** | **Évfolyama****/csoportja****(20... szeptemberétől)** | **20../20..-as tanévben tanköteles** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Amennyiben megállapítható. 2010. augusztus 01-étől a szakértői vélemény tartalmazza a felülvizsgálat sorszámát. Pl: „első vizsgálat” – az 1. felülvizsgálat következik; 2. felülvizsgálat – a 3. felülvizsgálat következik.

A folyamatos figyelemmel kísérésben részesülő tanulókat kérjük, **NE** tüntessék fel a táblázatban!

**Kérjük, hogy a tanköteles korú gyermekek kontrollvizsgálatát a** **pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről szóló 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelethez csatolt 1. számú mellékleten, mint nyomtatványon kezdeményezzék!**