

Директору МБОУ «Солдыбаевская ООШ им. А.Г.Журавлева»

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заявителя)  
проживающей(его) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
конт. телефон \_\_\_\_\_  
адрес электронной почты \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ.**

Я, \_\_\_\_\_  
согласна \_\_\_\_\_ (согласен) \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ обучение \_\_\_\_\_ моего \_\_\_\_\_ ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Г.р.,  
по \_\_\_\_\_ адаптированной \_\_\_\_\_ образовательной \_\_\_\_\_ программе \_\_\_\_\_ для \_\_\_\_\_

(указывается категория детей с ОВЗ)

в 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_ учебном году на основании заключения ЦПМПК (протокол №\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_) на условиях, имеющихся в МБОУ «Солдыбаевская ООШ им. А.Г.Журавлева».

К заявлению прилагаю:

1. Копию заключения медицинской организации.
2. Копию заключения ЦПМПК.
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Дополнительно ознакомлен (а) со следующими документами:

1. Адаптированная основная образовательная программа для \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ *подпись*

*расшифровка*