

Директору МБОУ СШ №12

И.Н. Джафаровой

Родителя (законного представителя). (нужное подчеркнуть)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Место регистрации/жительства.

Город _____

Улица _____

Дом _____ корпус _____ квартира _____

Телефон _____ сот. _____

Адрес электронной почты: _____

Заявление на обучение по АООП/ООП

Я, _____
Ф.И.О. родитель (законный представитель)

ученика (цы) _____ класс _____
(Ф.И.О. ребенка, дата, рождения)

даю своё согласие на обучение моего ребёнка по (дописать) :

_____ с « _____ » _____ 20 г.
На основании заключения ТПМПК № _____ от « _____ » _____ 20..... г.

для учащегося(йся), испытывающего трудности в освоении основных общеобразовательных программ, в своем развитии и социальной адаптации, прошу организовать коррекционно-развивающие занятия:

Специалист	Ф.И.О. (специалиста)	Отметка родителя (дата, подпись)	
		Согласие	Отказ
Учителем – логопедом			
Педагогом – психологом			
Занятия по учебным предметам			

Прошу исключить следующие мероприятия рекомендованные в заключении ТПМПК для учащихся с ОВЗ :

Отказываюсь от обучения моего ребёнка по АООП /ООП и всех мероприятий рекомендованных в заключении ТПМПК для учащихся с ОВЗ :

_____ Дата « _____ » _____ 20 ... г.
подпись _____ расшифровка _____

С графиком проведения консультаций ознакомлен (а):

_____ Дата « _____ » _____ 20 ... г.
подпись _____ расшифровка _____

Копию графика занятий на руки получил (а):

_____ Дата « _____ » _____ 20 ... г.
подпись _____ расшифровка _____