Малых А.М.

руководителю ГБОУ СОШ с.Шигоны,

осуществляющей образовательную

деятельность

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО заявителя

проживающей(го) по адресу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контакты: телефон \_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заявление

Прошу Вас организовать моему ребенку

 ФИО ребенка

\_\_\_\_\_\_\_ , года рождения, обучающейся(муся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса, обучение на дому по адаптированной основной общеобразовательной программе в соответствии с

*дата, реквизиты заключения психолого-медико-педагогической комиссии*

по адресу

в период с по на основании медицинского

заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_реквизиты медицинского заключения, название медицинской организации*

С нормативными документами по организации обучения на дому, индивидуальным учебном планом/СИПР, индивидуальным расписанием занятий ознакомлен(а).

Обязуюсь создать условия для проведения учебных занятий, в том числе организовать рабочее место, обеспечить присутствие взрослого члена семьи во время проведения занятий в соответствии с расписанием.

" " 20 г.

 подпись/расшифровка