Директору ГБОУ СОШ с.Шигоны

А.М.Малых

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО родителя (законного представителя) или иного уполномоченного представителя)

Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сведения о документе, удостоверяющем личность/ подтверждающем статус законного представителя (№,,серия, дата выдачи, кем выдан)

ЗАЯВЛЕНИЕ

родителей (законных представителей) о предоставлении специальных условий на основании заключений ПМПК

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребёнка или поступающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_класс ГБОУ СОШ с.Шигоны

Дата рождения ребёнка или поступающего: Адрес места жительства и (или) места пребывания ребенка или поступающего:

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

ФИО родителя(ей)(законного(ых) представителя(ей) ребёнка:

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

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей)) ребенка

Адрес электронной почты (при наличии), номера телефона родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка или поступающего

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

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема

(основание приёма, наименование и реквизиты подтверждающих документов)

Прошу организовать обучение:

* по адаптированной образовательной программе

Ребенок или поступающий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в создании специальных условий для

(нуждается /не нуждается)

организации обучения и воспитания обучающегося с ОВЗ в соответствии с заключением ПМПК или инвалида (ребенка инвалида) в соответствии и индивидуальной программой реабилитации

Я, родитель (законный представитель) или поступающий (достигший возраста 18лет), руководствуясь ч. 3 ст. 55 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и на основании рекомендаций ПМПК

от «\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20 г. № даю свое согласие на обучение моего ребенка по адаптированной образовательной программе.

Прошу организовать образование на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ языке.

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации (в случае реализации права на изучение родного языка из числа народов РФ, в том числе русского языка как родного)

Государственный язык народов республики РФ (в случае предоставления ОО возможности изучения государственного языка республики РФ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ознакомлен с документами (родитель или поступающий):

1. Уставом ГБОУ СОШ с.Шигоны
2. Лицензией на осуществление образовательной деятельности
3. Свидетельством о государственной аккредитации
4. Общеобразовательными программами соответствующего уровня обучения, реализуемых в ГБОУ СОШ с.Шигоны
5. Локальными нормативными документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности
6. Правами и обязанностями обучающихся .

( ) « » 20 г.

Фамилия, инициалы подпись

Даю согласие на обработку персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152 –ФЗ «О персональных данных».

( ) «\_ » 20\_ г.

Фамилия, инициалы подпись