

Директору МОБУ «Белоглазовская сош»

Розенфельд Л.С.

(Ф.И.О. родителя (законного
представителя, телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить моему ребенку _____

(ФИО, дата рождения)

обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья, специальные условия обучения и воспитания в образовательной организации на основании: заключения ПМПК индивидуальной программы реабилитации/абилитации ребенка с ОВЗ/ инвалида (нужное подчеркнуть) в 20__ - 20__ учебном году.

С условием подтверждения/изменения/уточнения образовательного маршрута ребенка ознакомлен и согласен.

Дата _____ Подпись _____ / _____

расшифровка