№

Директору

МБОУ Игримской СОШ

имени Героя Советского Союза Собянина Г.Е.

Неугодникову М.В.

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

 (ФИО родителей/законных представителей)

зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**заявление**.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

 (ФИО родителей/законных представителей)

прошу оказать ППМС-помощь моему ребенку

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_класс

(ФИО ребенка, дата рождения)

в связи с (укажите причину)

-трудностями в освоении основной общеобразовательной программы по предмету\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

-проблемами в развитии;

-трудностями социальной адаптации;

-логопедическими проблемами

-другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в форме (выберите форму сопровождения)

-психолого-педагогического консультирования учащегося;

-психолого-педагогического сопровождения родителей (законных представителей);

-коррекционно-развивающих, компенсирующих занятий с учащимся;

-профориентационных мероприятий;

-социально-адаптационных занятий;

-логопедической помощи,

-другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С нормативными документами по организации психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи ознакомлен(а).

На проведение углубленной диагностики педагогом-психологом, логопедом (нужное подчеркнуть) в рамках школьного психолого-медико-педагогический консилиума (ПМПк) согласен (а).

Информацию о предоставлении помощи сообщить по телефону, лично, на адрес электронной почты (нужное подчеркнуть).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись / ФИО родителей (законных представителей)/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/