

Директору ГБОУ Школа № 1529
М.А. Соловьевой

от _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающ _____ по адресу: _____

адрес регистрации: _____

телефон _____

Заявление

Прошу в 20__ - 20__ учебном году создать моему ребенку ,

(фамилия, имя, отчество полностью)

"__" ____ - _____ года рождения, обучающемуся - инвалиду детства по слуху, специальные условия обучения и воспитания в образовательной организации на основании МСЭ; заключения Центральной ПМПК города Москвы; индивидуальной программы реабилитации и(или) абилитации инвалида .

С условиями и правилами подтверждения или необходимых изменений/уточнений образовательного маршрута ребенка ознакомлен(а) и согласен(сна).

«__» _____ 20__ г.

Подпись _____

(ФИО)