

Пер. № _____

Директору ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» **Е.А. Колесниковой**

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

(место регистрации (адрес по прописке))

Паспорт выдан « _____ » « _____ » _____ г.

реквизиты документа, удостоверяющего
личность родителя (законного представителя)

контактный телефон:

электронная почта

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить в _____ класс ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» моего ребенка

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

в порядке перевода из образовательной организации _____

(наименование ОО)

Курс психолого-педагогической помощи с « _____ » 20 _____ по « _____ » 20 _____

1. Дата рождения ребенка « _____ » _____ 20 _____ г.

2. Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка: _____;

3. Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка:

Мать _____

Отец _____

Опекун _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью)

4. Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка _____;

5. Адрес(а) электронной почты, номер(а) телефона(ов) (при наличии) родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка или поступающего:

Телефон

Электронная почта

Мать

Отец

Опекун

5. Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема:

7. Потребность обучение по адаптированной образовательной программе **да/нет** _____

8. Создание специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ОВЗ в соответствии с заключением ПМПК (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации **да/нет** _____

9. Согласие на обучение ребенка /по адаптированной образовательной программе **да/нет** _____

10. Язык образование моего ребенка _____

(с указанием конкретного языка, в том числе русского, как родного)

11. С уставом ОГБОУ «Центр ППМС «центр патологии речи», лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен.

12. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» на обработку персональных данных

(ФИО заявителя)

(подпись заявителя)