

Директору МБОУ СОШ № 19 пос.Октябрьского
МО Северский район им.Героя Советского Союза Рыжова В.К.
С.В.Крыловой

ФИО заявителя

проживающей(го) по адресу _____

контакты: телефон _____

e-mail: _____

Заявление

Прошу Вас организовать моему ребенку _____

ФИО ребенка

_____, года рождения, обучающейся (муся) _____ класса,
обучение на дому по адаптированной основной общеобразовательной программе
в соответствии с _____

дата, реквизиты заключения психолого-медико-педагогической комиссии

по адресу _____

в период с _____ по _____ на основании медицинского
заключения _____

реквизиты медицинского заключения, название медицинской организации

С нормативными документами по организации обучения на дому,
индивидуальным учебным планом/ СИПР, индивидуальным расписанием занятий
ознакомлен (а).

Обязуюсь создать условия для проведения учебных занятий, в том числе
организовать рабочее место, обеспечить присутствие взрослого члена семьи во
время проведения занятий в соответствии с расписанием.

« _____ » _____ 20 _____ г.

подпись /расшифровка

