

Руководителю ресурсного центра по организации
сопровождения детей с ОВЗ и инвалидностью
КОГОВУ ШИ ОВЗ п. Светлополянска
Верхнекамского района Салихову Р.Р.

от _____

(ФИО законного представителя)

Тел: _____

Заявление /Заявка

Прошу провести *комплексную психолого-педагогическую диагностику* ребёнка
(ФИО ребёнка, дата рождения) _____

- *консультацию по вопросу сопровождения детей с ОВЗ и инвалидностью*

указать вопрос

- *консультацию по вопросам разработки и реализации адаптированных
основных образовательных программ для обучающихся*

указать категорию нарушений

- *консультацию по вопросам методического сопровождения детей с ОВЗ и
инвалидностью* _____

указать вопрос

Дата _____ Подпись _____ / _____ /