Директору МОБУ СОШ №85
Маркаряну В.Л.
от _____
(Ф.И.О. родителя (законного представителя)
_____,
(Ф.И.О. ребенка)
проживающего по адресу:
_____
_____

номер телефона:
_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу организовать для моего ребенка
_____
(фамилия, имя, отчество, год рождения ребенка)
обучение по адаптированной общеобразовательной программе основного общего образования для обучающихся с расстройством аутистического спектра вариант _____ в период с «___» _____ 20 _____ г. по «___» _____ 20__ г.

Основание: заключение № _____ ПМПК Сочинского филиала ГБУ «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края, выданное «___» _____ 20_____ г.

К заявлению прилагаю копию заключения ПМПК

Дата
_____/_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)