

Руководителю ресурсного центра по организации
сопровождения детей с ОВЗ и инвалидностью
КОГ ОБУ ШИ ОВЗ с. Залазна Омутнинского района
Брагиной И.Г.

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 _____ / _____ /