Штамп Организации Руководителю ТПМПК г. Каменск-Уральский

Заявка на обследование обучающихся школы №\_\_\_\_\_(детского сада №\_\_\_\_),

нуждающихся в создании специальных условий

при переходе с одного уровня образования на другой (*или* при проведении ГИА по образовательной программе ООО/ СОО)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № П/п | ФИО обучающегося | Группа/Класс | Дата рождения | Контактная информация:  ФИО родителя (законного представителя ребенка),  контактный телефон | Наличие инвалидности,  № и срок окончания | № и дата заключения ПМПК | С какого периода обучается по АОП;  дата, № приказа на текущий учебный год на обучение по АОП | Успешность усвоения АОП |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ФИО ответственного от образовательной организации (должность, контактный телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель образовательной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание: В Заявку включаются только те обучающиеся, родители (законные представители) которых дали согласие на обследование. Согласие хранится в образовательной организации.