**МУНИЦИПАЛЬНОЕ** **БЮДЖЕТНОЕ** **ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ** **УЧРЕЖДЕНИЕ**

«**СРЕДНЯЯ** **ШКОЛА** **№** **44 С УИОП**

**ИМ. К.Д. УШИНСКОГО»**

ул. проезд Восточный, здание 7,

 г. Нижневартовск, Тюменская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Тел./факс: (3466) 220023

Е-mail: school44nv@mail.ru

Директору

МБОУ «СШ №44 с УИОП им. К.Д.Ушинского»

 С.А. Строчинскому

Заявление родителей (законных представителей)

на реализацию мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации предусмотренных индивидуальной программой реабилитации или

абилитации ребенка-инвалида

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО родителя (законного представителя)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1. Прошу обеспечить в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование образовательного учреждения реализацию мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации, предусмотренных индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись расшифровка подписи

2. Прошу исключить из реализации следующие мероприятия психолого-педагогической реабилитации или абилитации, предусмотренные индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида: 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись расшифровка подписи

3. Отказываюсь от реализации всех мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации, предусмотренных индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись расшифровка подписи