**Заявление родителей (законных представителей) о создании специальных образовательных условий для воспитанника с ОВЗ/инвалидностью.**

Заведующему

МБДОУ «Детский сад №232 «Рябинушка»

Пахомовой О.Н.

от родителя (законного представителя)

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

 (Ф.И.О родителя/законного представителя/)

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

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

 (адрес, телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу предоставить моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 *(ФИО, дата рождения)*

воспитаннику с ограниченными возможностями здоровья, специальные условия обучения и воспитания в муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад №232 «Рябинушка»

 на основании: заключения ПМПК, индивидуальной программы реабилитации/абилитации ребенка с ОВЗ/ инвалида (нужное подчеркнуть) в 20\_\_\_ - 20\_\_\_\_\_ учебном году.

 С условием подтверждения/изменения/уточнения индивидуального образовательного маршрута ребенка ознакомлен и согласен.

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

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 расшифровка