Директору ресурсной базовой школы совместного обучения детей-инвалидов, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и лиц, не имеющих нарушений развития, созданной на базе МКОУ «Волчихинская СШ №1»

Фисенко В. Н.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, место работы)

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

**ХОДАТАЙСТВО**

Просим обеспечить взаимодействие ресурсной базовой школы с

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

(наименование школы)

в связи с поступлением (обучением) ребенка-инвалида (ребенка с ОВЗ).

С целью обеспечения качественного предоставления образовательных услуг данному ребенку (группе детей) необходимы следующие имеющиеся в ресурсной базовой школе ресурсы:

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

(предполагаемый срок использования)

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

(предполагаемый срок использования)

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

(предполагаемый срок использования)

Приложения:

- заверенная копия справки медико-социальной экспертизы и/или заключения центральной (районной) психолого-медико-педагогической комиссии ребенка-инвалида, обучающегося с ОВЗ (на каждого обучающегося);

- информация о наличии квалифицированных педагогических кадров для работы с детьми-инвалидами, обучающимися с ОВЗ с приложением копий документов, подтверждающих прохождение ими курсов повышения квалификации по направлениям, связанным с вопросами обучения и воспитания детей указанных категорий.

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

Дата

МП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись