

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 70a955a6a 703858a4a 106b09 51
Владелец **Епифанова Светлана Николаевна**
Действителен с 26.07.2023 по 18.10.2024

Заведующему МАДОУ
«Детский сад №32 «Белоснежка»
Епифановой С.Н.

от _____

(Ф.И.О. родителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии постановлением Правительства ХМАО – Югры от 5.09.2013г. № 359 –п «О порядке организации предоставления психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своем развитии и социальной адаптации»

Я _____
(фамилия, имя, отчество родителя)

прошу предоставить психолого – педагогическую помощь в освоении образовательной программы и социальной адаптации моему ребёнку

(фамилия, имя, отчество ребёнка, дата рождения)

(название группы)

отказываюсь от предоставления психолого – педагогической помощи моему ребёнку _____

(фамилия, имя, отчество ребёнка, дата рождения)

Форма получения помощи (нужное подчеркнуть):

- а) консультирование родителей (законных представителей)
- б) коррекционно – развивающие занятия с педагогом – психологом
- в) логопедическая помощь
- г) индивидуальные занятия с воспитателями группы

О принятом решении Вы будете извещены в 3 –х дневный срок

Домашний адрес _____

Телефон _____

Адрес электронной почты _____

Дата: _____

Подпись: _____