

Директору МБОУ «Барсовская СОШ №1»

О.Н. Гуровой

От \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя (или законного представителя))

Место регистрации: \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_

квартира \_\_\_\_\_

Место жительства: \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_

квартира \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребёнка в Центр ППМС помощи

\_\_\_\_\_  
(ФИО ребёнка, число, месяц, дата и место рождения)

Обучающегося(йся) \_\_\_\_\_ класса, испытывающего трудности в освоении основных образовательных программ, своём развитии и социальной адаптации.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество)