

Директору ГБУ СО «ЦППМПС «Ресурс»  
Л. В. Макаровой

\_\_\_\_\_  
*ФИО родителя (законного представителя)*

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего сына /дочь/ подопечного

\_\_\_\_\_  
*(ФИО ребенка/год рождения)*

обучающегося (юся) в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(территория, ОО, класс)*

в отделение дополнительного образования с использованием дистанционных образовательных технологий на обучение по дополнительной общеобразовательной программе

Прошу предоставить один из следующих комплектов оборудования (подчеркнуть необходимый вариант и прописать адрес доставки, в случае отсутствия необходимости в предоставлении оборудования, ни один из вариантов не следует подчеркивать.):

- Базовое рабочее место обучающегося, ограничения здоровья которого позволяют использовать стандартные инструменты клавиатурного ввода, управления и зрительного восприятия с экрана.
- Базовое рабочее место для незрячих обучающихся.
- Базовое рабочее место для слабовидящих обучающихся.
- Базовое рабочее место обучающегося с мышечной атрофией (миопатией).
- Базовое рабочее место обучающегося с тяжелым нарушением функциональных возможностей рук (спастика/гиперкинезы).

Адрес доставки оборудования \_\_\_\_\_

С Уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, правилами приема и другими документами, регламентирующими организацию образовательного процесса ознакомлен(а).

Даю согласие на обучение по адаптированным дополнительным общеобразовательным программам, психолого-педагогическое сопровождение.

Мною представлены следующие документы:

- копия свидетельства о рождении (или паспорт) ребенка-инвалида;
- медицинская справка об отсутствии у ребенка-инвалида противопоказаний для получения образования с использованием дистанционных технологий, для работы с компьютером;
- справка из образовательной организации по месту жительства о том, что ребенок обучается в образовательной организации;
- медицинская справка об обучении на дому (при наличии);
- копия индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА), выдаваемой федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы либо иной документ, подтверждающий статус ребенка-инвалида;
- копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии);
- согласие родителей (законных представителей) и ребенка (в случае достижения им 14 лет) на обработку персональных данных ребенка-инвалида.

Сведения о родителях (законных представителях) ребенка:

Мать/опекун (нужное подчеркнуть)	Отец/опекун (нужное подчеркнуть)
Ф.И.О.	Ф.И.О.
Тип документа _____	Тип документа _____
Серия _____ Номер _____	Серия _____ Номер _____
Дата рождения	Дата рождения
Адрес места жительства	Адрес места жительства
Способ информирования заявителя: 1.Почта (с указанием индекса) _____	Способ информирования заявителя 1.Почта (с указанием индекса) _____
2.Контактный телефон _____	2.Контактный телефон _____
3.Электронная почта (при наличии) _____	3.Электронная почта (при наличии) _____

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) *Ф.И.О. полностью*