

Директору МБОУ СОШ № 19  
С.А Шириной

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

проживающий по адресу

\_\_\_\_\_  
(телефон)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

родителей (законных представителей) на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своем развитии и социальной адаптации, в том числе при реализации адаптированных МБОУ СОШ №19 (далее центр ППМС помощи МБОУ СОШ №19).

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

1. **Выражаю свое согласие** на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своем развитии и социальной адаптации, в том числе при реализации адаптированных МБОУ СОШ №19.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

2. **Отказываюсь** от психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своем развитии и социальной адаптации, в том числе при реализации адаптированных МБОУ СОШ №19.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)