Приложение 2

к административному регламенту

предоставления органами местного

самоуправления муниципальных районов

и городских округов Ставропольского края

государственной услуги "Обучение

по адаптированным образовательным

программам на дому детей-инвалидов,

которые по состоянию здоровья

не имеют возможности получать

воспитание и обучение в государственных

образовательных организациях

Ставропольского края и муниципальных

образовательных организациях,

реализующих программы дошкольного,

начального общего, основного

общего, среднего общего образования"

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

НА ИМЯ РУКОВОДИТЕЛЯ ОРГАНА УПРАВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЕМ

ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ОБУЧЕНИЮ

РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА НА ДОМУ

 Руководителю отдела образования

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

 (наименование органа управления

 образованием администрации

 муниципального района (городского округа))

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

 Ф.И.О.

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

 Ф.И.О. родителей

 (законных представителей)

 заявление

 Прошу организовать работу по обучению ребенка-инвалида (Ф.И.О., год

рождения) на дому с (указывается дата) сотрудниками \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование образовательной организации)

 Дата,

 подпись родителя (законного представителя)