Директору ОО М.А. Романовой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

Проживающего (щей) по адресу:

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

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

Паспортные данные:

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

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу организовать мероприятия по профессиональной реабилитации и абилитациимоего(ей) сына/ дочери/опекаемого (ей)

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

*Ф.И.О. ребенка-инвалида, дата рождения*

согласно рекомендациям ИПРА ребенка-инвалида (инвалида) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и заключению ПМПК №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Даю согласие на обработку и передачу в образовательную организацию моих персональных данных и персональных данных моего ребенка.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата подпись фамилия, инициалы

Директору ОО М.А. Романовой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

Проживающего (щей) по адресу:

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

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

Паспортные данные:

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

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя) ребенка-инвалида

отказываюсь от проведения мероприятий по общему и профессиональному образованию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО ребенка-инвалида (инвалида)) согласно ИПРА №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись фамилия, инициалы

|  |  |
| --- | --- |
|  | Утверждаю  Директор школы  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.А. Романова  Приказ №\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |

**Индивидуальный план мероприятий**

**по профессиональной реабилитации и абилитации**

**инвалида (ребенка-инвалида)**

№ ИПРА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст на момент составления плана: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол: м/ж.

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование мероприятия | Исполнитель мероприятия | Срок исполнения мероприятия (не должен превышать срок действия ИПРА)) | Результат выполнения мероприятия (выполнено/не выполнено)  (указать причину) |
| **Условия по организации обучения** | | | |
| Общеобразовательная программа |  |  |  |
| Адаптированная основная программа |  |  |  |
| Специальные педагогические условия для получения образования |  |  |  |
| **Психолого-педагогическая помощь** | | | |
| Психолого-педагогическое консультирование инвалида и его семьи |  |  |  |
| Педагогическая коррекция |  |  |  |
| Психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса |  |  |  |
| Профессиональная ориентация, оказываемая в образовательной организации (с 14 лет) |  |  |  |
| **Прочие мероприятия, комментарии** | | | |
|  |  |  |  |

Дата составления плана: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата предоставления отчета: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законный представитель ребенка-инвалида с планом мероприятий ознакомлен и согласен / частично согласен\* / не согласен (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (подпись) (фамилия, инициалы).

\* Если частично согласен указать от выполнения какого вида, формы и объема мероприятий, предусмотренных ИПРА ребенка-инвалида законный представитель отказался \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Утверждаю

Директор школы \_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.А. Романова

Приказ №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Отчет об исполнении мероприятий**

**по профессиональной реабилитации и абилитации**

№ ИПРА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ф.И.О. ребенка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок реализации ИПРА по документам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата составления отчета (за 3 месяца до окончания срока инвалидности) \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование мероприятия | Результат выполнения мероприятия выполнено/не выполнено (указать причину) |
| Общеобразовательная программа | - |
| Адаптированная программа | Выполнено/ Не выполнено с указанием причины |
| Специальные педагогические условия для получения образования | Выполнено/ Не выполнено с указанием причины |
| Психолого-педагогическое консультирование инвалида и его семьи. | Выполнено/ Не выполнено с указанием причины |
| Педагогическая коррекция | Выполнено/ Не выполнено с указанием причины |
| Психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса | Выполнено/ Не выполнено с указанием причины |
| Профессиональная ориентация, оказываемая в образовательной организации | Выполнено/ Не выполнено с указанием причины  **-** |
| Прочие мероприятия, комментарии | |
|  | Выполнено/ Не выполнено с указанием причины |