

Директору МБОУ «СШ №19»  
Л. В. Зайцевой,  
(Ф. И. О. родителя полностью)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Проживающего (ей) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить помощь моему сыну (дочери) (Ф. И. О. ребёнка полностью) \_\_\_\_\_,  
(дата рождения) \_\_\_\_\_, слабо владеющему(ей), не владеющему(ей)  
русским языком (нужное подчеркнуть) обучающемуся (ейся) \_\_\_\_\_ класса, испытывающему (ей)  
трудности в освоении основных общеобразовательных программ в Центре культурно-языковой  
адаптации детей-мигрантов.

С нормативными документами по организации психолого-педагогической,  
логопедической помощи ознакомлен (а). Мне предложены формы предоставления помощи  
моему ребёнку: диагностическое обследование, индивидуальные и групповые занятия,  
наблюдение за эффективностью процесса языковой адаптации, консультирование родителей.

\_\_\_\_\_

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