Орган местного самоуправления Управление образованием Полевского городского округа

**муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение**

**Полевского городского округа**

**«Детский сад № 65 комбинированного вида»**

(МАДОУ ПГО «Детский сад № 65»)

УВЕДОМЛЕНИЕ.

Уважаем (ая) ый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**В связи с отказом** прохождения ТОПМПК и (или) не предоставлением психолого-медико-педагогического заключения, в соответствии со статьями 42 и 79 Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273- ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» организация психолого-педагогического сопровождения (*включает в себя* *психолого-педагогическую диагностику*, *психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) коррекционно-развивающие и компенсирующие занятия с обучающимися, логопедическую помощь*), Вашему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, дата рождения)

осуществляться не будет.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Уведомление получил:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись

Орган местного самоуправления Управление образованием Полевского городского округа

**муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение**

**Полевского городского округа**

**«Детский сад № 65 комбинированного вида»**

(МАДОУ ПГО «Детский сад № 65»)

УВЕДОМЛЕНИЕ.

Уважаем (ая) ый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**В связи с отказом** прохождения ТОПМПК и (или) не предоставлением психолого-медико-педагогического заключения, в соответствии со статьями 42 и 79 Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273- ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» организация психолого-педагогического сопровождения (*включает в себя* *психолого-педагогическую диагностику*, *психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) коррекционно-развивающие и компенсирующие занятия с обучающимися, логопедическую помощь*), Вашему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, дата рождения)

осуществляться не будет.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Уведомление получил:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись