

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

на предоставление методической, психолого-педагогической, диагностической и консультативной помощи родителям (законным представителям), имеющим детей с нарушением слуха

Заведующему МДОБУ №132  
Малхасян Д.Р.

\_\_\_\_\_  
(ФИО родителя (законного представителя))

Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
кем и когда выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Адрес (регистрация по месту жительства):

\_\_\_\_\_  
Фактический адрес проживания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Заявление.**

Прошу оказывать мне (моему ребенку) методическую, психолого-педагогическую, диагностическую и консультативную помощь в образовании и воспитании моего ребенка:

\_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка)

Дата рождения (число, месяц, год) «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Свидетельство о рождении (серия, номер) \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО родителя)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.