

ДОШКОЛЬНАЯ

Руководителю Центральной психолого-медико-педагогической комиссии Санкт-Петербурга
Е. Б. Плетневой от

_____ (ф. и. о. законного представителя)

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу Вас рассмотреть документы моего ребенка

_____ (ф. и. о., год рождения)

зарегистрированного по адресу _____

проживающего по адресу _____

на ЦПМП комиссии для определения образовательной программы для детей с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста.

Дата «__» _____ 20 г.

Подпись _____