Приложение № 1

к письму ГБУ ДПО ЧИППКРО

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_

**Заявление родителей (законных представителей) ребенка-инвалида**

**1–8 очереди**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему лабораторией организации предоставления педагогической помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении ООП, учебно-методического центра ИКТ ГБУ ДПО ЧИППКРОА.А. Трифонову  |
|  | от |  |
|  | (Ф.И.О. родителя (законного представителя) ребенка-инвалида) |
|  |  |
|  |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я,  |  | выражаю свое согласие |
|  | (Ф.И.О. родителя (законного представителя) ребенка-инвалида) |  |
| на участие моего ребенка-инвалида |  | , |
|  | (Ф.И.О ребенка-инвалида) |  |
|  | , в дистанционном образовании детей-инвалидов, обучающихся |
| (дата рождения) |  |
| на дому с использованием дистанционных образовательных технологий по программам начального общего, основного общего, среднего общего образования в 2017–2018 учебном году. |
| 1.Учебные предметы, по которым заявляю обучение ребенка-инвалида в 2017-2018  |
|  учебном году  |  |
|  |
| 2. Обязуюсь нести ответственность за сохранность предоставленного оборудования. |
| 3. Выражаю согласие на обработку персональных данных моих и моего ребенка. |
| 4.Место обучения ребенка (территория, город): |  |
| 5.Наименование образовательной организации (полностью), в которой обучается  |
| ребенок: |  |
|  |
| 6. Класс (на момент обучения в 2017-18 учебном году):  |  |
| 7. Полный адрес проживания ребенка: |  |
|  |  |
| 8. Контактные телефоны:  |  |
| 9. Электронный адрес (если имеется):  |  |
| 10. Дата  |  |
| 11. Подпись (с расшифровкой подписи)  |  |

Приложение № 2

к письму ГБУ ДПО ЧИППКРО

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_

**Образец индивидуального учебного плана дистанционного обучения**

**ребенка-инвалида**

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮ Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название образовательной организации (ОО))\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. директора ОО (подпись)  МП  |

**Индивидуальный учебный план дистанционного обучения**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

(Ф.И.О. ребенка-инвалида)

учащегося \_\_\_\_\_ класса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название ОО)

на 2017-2018 учебный год

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Образовательная область | Учебный предмет | Кол-во часов в неделю |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Итого:** |  | **ч.** |

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО:Родитель (законный представитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. Педагог-куратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. |  |

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

Приложение № 3

к письму ГБУ ДПО ЧИППКРО

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_

**Образец заявления педагогического работника, участника дистанционного обучения детей-инвалидов**

**1–7 очередь**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему лабораторией организации предоставления педагогической помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении ООП, учебно-методического центра ИКТ ГБУ ДПО ЧИППКРОА.А. Трифонову |
|  | от |  |
|  | (Ф.И.О. педагогического работника) |
|  |  |
|  |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я,  |  | выражаю свое согласие |
|  | (Ф.И.О. педагогического работника) |  |
| на участие в дистанционном образовании детей-инвалидов, обучающихся на дому с использованием дистанционных образовательных технологий по программам начального общего, основного общего, среднего общего образования в 2017-2018 учебном году. |
|  |
| 1.Учебные предметы, по которым заявляю обучение детей-инвалидов в 2017-2018  |
|  учебном году  |  |
|  |
| 2. Обязуюсь нести ответственность за сохранность предоставленного оборудования. |
| 3. Выражаю согласие на обработку моих персональных данных. |
| 4.Место работы (территория, город): |  |
| 5.Наименование образовательной организации (полностью), в которой работаю: |
|  |
| 6. Полный адрес проживания: |  |
|  |  |
| 7. Контактные телефоны:  |  |
| 8. Электронный адрес (если имеется):  |  |
| 9. Дата  |  |
| 10. Подпись (с расшифровкой подписи)  |  |

Приложение № 4

к письму ГБУ ДПО ЧИППКРО

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_

**Заявление о выходе из состава участников образовательных отношений в рамках дистанционного образования детей-инвалидов в Челябинской области для детей-инвалидов**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему лабораторией организации предоставления педагогической помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении ООП, учебно-методического центра ИКТ ГБУ ДПО ЧИППКРОА.А. Трифонову |
|  | от |  |
|  | (Ф.И.О. педагогического работника) |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я,  |  | заявляю о выходе  |
|  | (Ф.И.О. родителя (законного представителя) ребенка-инвалида) |  |
| своего ребенка |  | , |
|  | (Ф.И.О ребенка-инвалида) |  |
|  | , учащегося |  | класса |  |
| (дата рождения) |  | (номер класса) |  | (название |
|  |  |  |  |  |
| образовательной организации) |  |  |  |
| из состава участников образовательных отношений в рамках дистанционного образования детей-инвалидов в Челябинской области с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по причине:  |
|  (указать дату) |
|  |
| (указать причину или обстоятельства выхода ребенка из состава участников образовательных отношений в рамках дистанционного образования детей-инвалидов) |
|  |

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 5

к письму ГБУ ДПО ЧИППКРО

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_

**Заявление о выходе из состава участников образовательных отношений в рамках дистанционного образования детей-инвалидов в Челябинской области для сетевых преподавателей**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему лабораторией организации предоставления педагогической помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении ООП, учебно-методического центра ИКТ ГБУ ДПО ЧИППКРОА.А. Трифонову |
|  | от |  |
|  | (Ф.И.О. педагогического работника) |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я,  |  | сетевой  |
|  | (Ф.И.О. сетевого преподавателя) |  |
| преподаватель,  |  |  |
|  | (указать место работы) |  |
|  |
| заявляю о своем выходе из состава участников образовательных отношений в рамках дистанционного образования детей-инвалидов в Челябинской области с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать дату) по причине:  |
|  | (указать причину или обстоятельства из состава участников образовательных отношений в рамках дистанционного образования детей-инвалидов) |
|  |  |
|  |
|  |

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_