

В Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

выпускника _____

(наименование ОУ)

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

Документ, удостоверяющий личность,

серия _____ № _____

выдан _____

Заявление

Прошу рассмотреть вопрос об отнесении меня к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья и необходимости создания для меня особых условий прохождения государственной итоговой аттестации.

«__» _____ 201 г.

(Подпись выпускника)