**Приложение к заявлению**

(для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов и инвалидов)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

прошу организовать проведение ГИА с учетом моих индивидуальных особенностей и состояния здоровья и обеспечить следующие условия:

|  |  |
| --- | --- |
| **Особые условия** | **Необходимо предоставить** |
| ППЭ на дому (по Заключению ПМПК) |  |
| Увеличение продолжительности экзамена на 1,5 часа |  |
| Увеличение продолжительности ОГЭ по иностранным языкам (раздел «Говорение») на 30 минут |  |
| Перевод на шрифт Брайля (для обучающихся с нарушением зрения) |  |
| Шрифт, увеличенный до 16-18 pt (для обучающихся с нарушением зрения) |  |
| Аудитория меньшей наполняемости (для обучающихся с нарушением зрения и опорно-двигательного аппарата) |  |
| Индивидуальное равномерное освещение не ниже 300 люкс (для обучающихся с нарушением зрения) |  |
| Увеличивающее устройство (для обучающихся с нарушением зрения) |  |
| Наличие звукоусиливающей аппаратуры (для обучающихся с нарушением слуха) |  |
| Аудитория на 1 этаже (для обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата) |  |
| Пандусы и поручни в ППЭ (для обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата) |  |
| Специальные кресла (для обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата) |  |
| Медицинские лежаки (для обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата) |  |
| Ассистент, который помогает занять рабочее место в аудитории (для обучающихся с нарушением зрения и опорно-двигательного аппарата) |  |
| Ассистент-сурдопереводчик (для обучающихся с нарушением слуха) |  |
| Тифлопереводчик (для обучающихся с нарушением зрения) |  |

В качестве основания для обеспечения особых условий при проведении ГИА с учетом моих индивидуальных особенностей и состояния здоровья, прилагаю:

- копию Заключения психолого-медико-педагогической комиссии от \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_ г.,

- копию справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_ года, заверенную в установленном [порядке](consultantplus://offline/ref=201B11482E39609B535E8191863C6749827A873FFAAE3FD3727691056040F6311C70455ED99F4B9BJ3M1J).

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Подпись обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (Ф.И.О.)

Подпись родителей

(законных представителей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (Ф.И.О.)