# Приложение

**Заявка на консультации**

Заявку необходимо направить в Региональный ресурсный центр дистанционного образования детей-инвалидов по электронному адресу centerdist@mail.ru.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Специалист | Дата консультации | Время консультации | Фамилия и имя ребенка (класс) | Ф.И.О. родителя (законного представителя) или педагогического работника | Наименование ОУ | Тема консультации | Контактные данные |
| телефон | имя в сети Skype  |
| **психолог** (каждый **вторник** месяца) |  | 15.00-15.30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 15.30-16.00 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 16.00-16.30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 16.30-17.00 |  |  |  |  |  |  |
| **дефектолог (сурдопедагог) (**каждая **среда** месяца**)** |  | 15.00-15.30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 15.30-16.00 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 16.00-16.30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 16.30-17.00 |  |  |  |  |  |  |
| **Логопед** (каждый **четверг** месяца) |  | 15.00-15.30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 15.30-16.00 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 16.00-16.30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 16.30-17.00 |  |  |  |  |  |  |