

Заведующему муниципальным автономным
дошкольным образовательным учреждением
Белоярского района
«Центр развития ребенка – детский
сад «Сказка» г.Белоярский»
Курбачевой О.В.

от _____

(ФИО родителя (законного представителя) ребёнка с
ограниченными возможностями здоровья))

проживающего по адресу:

Тел.: _____

**Согласие на обучение ребёнка с ограниченными возможностями здоровья
по адаптированной общеобразовательной программе**

Я, _____
(Ф.И.О. матери (или: отца/законного представителя) ребёнка с ограниченными возможностями здоровья)
Являющаяся(щийся) _____
(матерью/отцом/законным представителем) _____ (ФИО ребёнка)

руководствуясь ч.3 ст. 55 Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в
Российской Федерации» и на основании Рекомендаций

_____ (наименование психолог-медико-педагогической комиссии)

от « ____ » _____ г. № _____, заявляю о согласии на обучение

_____ (Ф.И.О. ребёнка)

по адаптированной основной общеобразовательной программе

В _____
(наименование образовательной организации)

Приложения:

1. Свидетельство о рождении (или: документ, подтверждающий законное представительство).
2. Рекомендации психолог-медико-педагогической комиссии от « ____ » _____ г. № ____.

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)