

Заведующему МБДОУ № 5 «Дубок»
ст. Архангельской
Ющенко Ольге Александровне

от _____
Ф.И.О. родителя(законного представителя)
Проживающего по адресу: _____

Телефон: _____
E-mail: _____

Заявление
о согласии на обучение ребенка с ограниченными возможностями
здоровья по адаптированной основной программе

Я, _____

_____ (Ф.И.О. матери (или: отца/законного представителя) ребенка с ограниченными возможностями здоровья) являющейся (щейся) _____

(матерью/отцом/законным представителем)

руководствуясь ч. 3 ст. 55 Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" и на основании _____

_____ (наименование территориальной психолого-медико-педагогической комиссии)

от "___" _____ г. N _____,

заявляю о согласии на обучение по адаптированной основной образовательной программе в муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении детский сад комбинированного вида № 5 «Дубок» станицы Архангельской муниципальной образования Тихорецкий район _____ моего ребенка _____

(Ф.И.О., дата рождения ребенка)

Приложения:

1. Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии от "___" _____ г. N _____.

«___» _____ 20__ г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)

