

Заведующему МБДОУ д/с № 2 с.Белая Глина
Репиной Ольге Васильевны

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 общеразвивающего вида с приоритетным
осуществлением деятельности по одному из направлений развития детей №2
Белоглинского района» моего
ребенка _____

(Ф.И.О., дата рождения ребенка)

Приложения:

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

«___» _____ 20__ г. _____

(подпись)

(расшифровка подписи)