

*Примерная форма
согласия родителей (законных представителей) ребенка с ограниченными возможностями
здоровья на обучение по адаптированной образовательной программе
дошкольного образования*

Заведующему МБДОУ ЦРР
- д/с №20 "Подснежник"
Давыдовой Н.Ю.

_____ (ФИО родителя (законного представителя))

Адрес места
жительства: _____

_____ (индекс, адрес полностью)

Адрес электронной почты для связи с
заявителем: _____

Телефоны заявителя: _____

Согласие
родителей (законных представителей) ребенка с ограниченными возможностями здоровья на
обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования

Прошу организовать обучение моего ребенка (сына, дочь) _____

_____ (указать фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), дату рождения ребенка)

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования на основании
рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии _____

_____ (прилагается).

_____ (указать дату, номер заключения психолого-медико-педагогической комиссии, кем выдано)

Заявитель _____

(ФИО родителя (законного представителя) полностью)

(подпись)

Дата _____ 20 ____.