

Заведующему МБДОУ № 49 г. Апатиты
Калинину Денису Викторовичу
от _____

проживающего(щей) по адресу: г. Апатиты,
улица _____
дом _____, квартира _____
телефон _____

Согласие на обучение ребенка
с ограниченными возможностями
здоровья по адаптированной основной
общеобразовательной программе

Я, _____,
(ФИО родителя (законного представителя))

являющийся(-аяся) _____ ребенка с ограниченными
(матерью/отцом/законным представителем)
возможностями здоровья, руководствуясь частью 3 статьи 55 Федерального закона от
29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и на основании
рекомендаций _____
(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

от « ____ » _____ 20 ____ г. № _____, заявляю о согласии на обучение

_____ (ФИО ребенка)

по адаптированной основной общеобразовательной программе муниципального
бюджетного дошкольного образовательного учреждения № 49 г. Апатиты

Приложения:

1. Свидетельство о рождении ребенка (документы, подтверждающие законное
представительство).
2. Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии от
« ____ » _____ 20 ____ г. № _____

_____ / _____
(дата)

_____ / _____
(подпись)

_____ / _____
(фамилия, имя, отчество)