

Заведующему МБДОУ детский сад № 14
г. Славянск-на-Кубани муниципального образования
Славянский район
Т.В. Боюр

(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 (щийся) _____,

(матерью/отцом/законным представителем)

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

(наименование территориальной психолого-медико-педагогической комиссии)

от “ _____ ” _____ г. № _____,

заявляю о согласии на обучение по адаптированной основной образовательной
программе в муниципальном бюджетном дошкольном образовательном
учреждении детский сад №14 _____ г.Славянска-на-Кубани муниципального
образования Славянский район моего ребенка _____

(Ф.И.О., дата рождения ребенка)

Приложения:

1.Рекомендации _____ психолого-медико-педагогической _____ комиссии _____ от
“ _____ ” _____ г. № _____.

« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)