

Заведующему МБДОУ ЦРР -
детским садом "Аленький цветочек"
Бабич Л.И.

(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 _____

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

Заявитель _____
(ФИО родителя (законного представителя) полностью) (подпись)

Дата _____ 20 ____.