

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

Заведующему МБДОУ-детским садом комбинированного вида №2 "Родничок" Павловой Л.П.

От _____

(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