
(наименование должности руководителя ОО)

(наименование образовательной организации)

(ФИО матери (или: отца/законного представителя) ребенка
с ограниченными возможностями здоровья)

адрес: _____

Телефон: _____

**Заявление
о согласии на обучение ребенка
с ограниченными возможностями здоровья
по адаптированной образовательной программе**

(ФИО матери (или: отца/законного представителя) ребенка с ограниченными возможностями здоровья)

являющая (ий) ся _____
(матерью/отцом/законным представителем)

(ФИО ребенка)

руководствуясь ч. 3 ст.55 Федерального закона от 29.12.2012 № 273 – ФЗ «Об
Образовании в Российской Федерации», на основании рекомендаций
территориальной психолого-медико-педагогической комиссии управления
образования администрации муниципального образования Крымский район

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

(ФИО ребенка)

по адаптированной основной образовательной программе для обучающихся с
интеллектуальными нарушениями (умственной отсталостью) в _____
(наименование ОО)

С учебным планом, расписанием учебных занятий ознакомлен (а). Содержание
адаптированной образовательной программы согласовано.

« ____ » _____ г.

(подпись)