|  |  |
| --- | --- |
| Заведующему | МБДОУ с.Калинка |
|  | (краткое наименование образовательной организации) |
| А.В.Бариновой |
| (Ф. И. О. заведующего) |
| от |  |
|  | (Ф. И. О. родителя/законного представителя) |

**СОГЛАСИЕ
на обучение по адаптированной образовательной программе**

Я, ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***, (фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка)

даю согласие на обучение моего ребёнка ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***\_***,

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) дата рождения)

в группе ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** направленности, по адаптированной образовательной

 (компенсирующей /комбинированной)

программе дошкольного образования.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)