

Директору Муниципального казенного
общеобразовательного учреждения
«Средняя общеобразовательная школа»
с.п. Черная Речка
_____ Ф.М.Шидова

_____ (ФИО родителя (законного представителя))
Адрес _____ места _____ жительства: _____

_____ (индекс, адрес полностью)

Телефоны заявителя: _____

Согласие
родителей 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 ____ г.