

ОБРАЗЕЦ

Руководителю муниципального автономного
дошкольного образовательного учреждения Белоярского района
«Детский сад комбинированного вида
«Березка» г. Белоярский»

Дмитриевой А. В.
(ФИО заведующего)

от Ивановой Татьяны Петровны
(Ф.И.О. матери (или: отца/законного
представителя) ребенка с ограниченными
возможностями здоровья)
адрес: г. Белоярский, 4 микр. д. 1, кв.1
телефон: 892276851213

**Согласие на обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья
по адаптированной основной общеобразовательной программе**

Я, Иванова Татьяна Петровна
(Ф.И.О. матери (или: отца/законного представителя) ребенка с ограниченными возможностями здоровья)
являющаяся(щийся) мать Иванова Степана Сергеевича
(матерью/отцом/законным представителем), (Ф.И.О. ребенка)

руководствуясь ч. 3 ст. 55 Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в
Российской Федерации» и на основании Рекомендаций

Территориальная ПМПК Белоярского района
(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

от « 18 » марта 2014 г. N 14/068, заявляю о согласии на обучение

Иванова Степана Сергеевича

(Ф.И.О. ребенка)

по адаптированной основной общеобразовательной программе

в МАДОУ «Детский сад «Березка» г. Белоярский»
(наименование образовательной организации)

Приложения:

1. Свидетельство о рождении (или: документы, подтверждающие законное представительство).
2. Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии от « 18 » 03 2014 г.
N 14/068.

« 01 » 09 2016 г.

Иванова Т.П.
(подпись)