

Заведующему Муниципального бюджетного
дошкольного образовательного учреждения
«Детский сад «Сказка» села Веселое»
городского округа Судак
Авраменко Марине Васильевне
(Ф.И.О. заведующего)

(ФИО родителя (законного представителя))

Адрес места жительства:

(индекс, адрес полностью)

Адрес электронной почты для связи с
заявителем: _____

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 ____.