

**Согласие родителей ребенка с ограниченными возможностями здоровья на обучение
по
адаптированной образовательной программе дошкольного образования и
психолого-педагогическом сопровождении**

Директору ГБОУ СОШ № 13 г.о. Чапаевск
Воронковой В.К.

ФИО родителя (законного представителя)

Адрес места жительства _____

(индекс, адрес полностью)

электронная почта : _____

Телефоны заявителя: _____

Прошу организовать обучение моего ребенка _____

(указать фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), дату рождения ребенка)

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и психолого-педагогическое сопровождение на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии (прилагается) _____

(указать дату, номер заключения психолого-медико-педагогической комиссии, кем выдано)

Заявитель _____
(ФИО родителя (законного представителя) полностью)

Дата _____ 20 _____.