

Заведующему Муниципальным автономным  
дошкольным образовательным учреждением  
«Детский сад № 14 «Малышок»  
Картель Вере Васильевне

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

Документ, удостоверяющий личность заявителя:

Проживающего(ей) по адресу:

Телефон: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

родителей (законных представителей) о согласии на обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья по адаптированной образовательной программе

Я \_\_\_\_\_  
Ф.И.О (при наличии) родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес постоянной регистрации)

\_\_\_\_\_ (вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

руководствуясь ч.3 ст.55 Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации и на основании рекомендаций

\_\_\_\_\_ (наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_, заявляю о согласии на обучение

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О (при наличии) ребенка, дата рождения)

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для детей с тяжелыми нарушениями речи с 4 до 7 лет Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад №14 «Малышок»

Приложение:

Заключение и направление территориальной психолого-медико-педагогической комиссии от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)