

Согласие  
родителей ребенка с ограниченными возможностями здоровья на обучение по  
адаптированной образовательной программе дошкольного образования для детей с ТНР

Заведующему муниципального бюджетного  
дошкольного образовательного учреждения  
« \_\_\_\_\_ »  
(наименование образовательного учреждения, реализующего  
образовательную программу дошкольного образования)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заведующего)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указать дату, номер заключения психолого-медико-педагогической комиссии, кем выдано) (прилагается).

Заявитель \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О родителя (законного представителя) полностью) \_\_\_\_\_ (подпись)

Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.