

Заведующему МДОБУ ЦРР
д/с «Аленушка»
Худайбердиной Сажиде Раисовне
от _____

*фамилия, имя, отчество (последнее - при
наличии) родителей (законных
представителей) ребенка*

*реквизиты документа, удостоверяющего
личность родителя (законного
представителя) ребенка*

контактный

телефон: _____

эл. почта: _____

**Согласие родителей (законных представителей) 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)

Приложение: Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии

Заявитель _____
(ФИО родителя (законного представителя) полностью) (подпись)

Дата _____ 20 ____.