

Директору Муниципального бюджетного
« _____ »
(наименование образовательного учреждения,)

(Ф.И.О. директора)

(ФИО родителя (законного представителя))

Адрес _____ места
жительства: _____

(индекс, адрес полностью)

Адрес электронной почты для связи с
заявителем: _____

Телефоны заявителя: _____

Заявление

Родителя ребенка с ограниченными возможностями здоровья на обучение по
адаптированной образовательной программе

Прошу организовать обучение моего ребенка (сына, дочь) _____

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

по адаптированной образовательной программе основного (или начального) образования на
основании _____ рекомендаций _____ психолого-медико-педагогической _____ комиссии

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

Заявитель _____ (ФИО родителя (законного представителя) полностью) _____ (подпись)
Дата _____ 20 ____.