

Директору КОГОБУ ШОВЗ г.Вятские Поляны
В.Ю.Решетникову

адрес: г.Вятские Поляны, ул.Советская,24

от _____
(Ф.И.О. матери (или: отца/законного
представителя) ребенка с ограниченными
возможностями здоровья)

адрес: _____,

телефон: _____,

адрес электронной почты: _____

Заявление
о согласии на обучение
ребенка с ограниченными возможностями здоровья по адаптированной
основной общеобразовательной программе

(Ф.И.О. матери (или: отца/законного представителя) ребенка с ограниченными

_____, являющ
возможностями здоровья) _____
(матерью/отцом/законным представителем)

_____, руководствуясь ч. 3 ст. 55 Федерального закона
(Ф.И.О. ребенка)
от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" и на
основании Рекомендаций

(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)
от " ____ " _____ г. N ____, заявляет о согласии на обучение

(Ф.И.О. ребенка)

по адаптированной основной общеобразовательной программе

в _____ КОГОБУ ШОВЗ г.Вятские Поляны
(наименование образовательной организации)

Приложения:

1. Свидетельство о рождении (или: документы, подтверждающие законное
представительство).

2. Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии от
" ____ " _____ г. N ____.

" ____ " _____ г.

(подпись)