

Директору
МОУ СОШ №5
им. П.Д. Киселева

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

**Заявление о согласии на обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья
по адаптированной образовательной программе**

Я, _____
(Ф.И.О. матери (или: отца/законного представителя) ребенка с ОВЗ)
являющийся(ая)ся _____
(матерью/отцом/законным представителем),

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

_____ (наименование психолого-медико-педагогической комиссии)
От «__» _____ г. № _____, заявляю о согласии на обучение по адаптированной
образовательной программе моего ребенка
В МОУ СОШ №5 им. П.Д. Киселева

Дата «__» _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка)