

Заведующему МАДОУ-  
детский сад № 509  
Абильдаевой М.В.

\_\_\_\_\_  
(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)*

являющий(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 общеобразовательной программе дошкольного образования Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения – детский сад № 509.

Приложение:

1. Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г № \_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)