

Заведующему БМАДОУ «Детский сад № 17»
Г.Р. Валиевой

от _____

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 ограниченными возможностями здоровья)
являясь _____
(матерью/отцом/законным представителем)

_____, руководствуясь Федеральным
(Ф.И.О. ребенка)
законом от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"
и на основании Рекомендаций _____

(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)
от " ____ " _____ г. N _____, заявляю о согласии на обучение
моего ребенка _____
(Ф.И.О. ребенка)

по адаптированной образовательной программе.

" ____ " _____ г.

(ФИО, подпись)

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 603332450510203670830559428146817986133868575780

Владелец Валиева Гузалия Ринадовна

Действителен с 16.06.2022 по 16.06.2023