

Заведующему муниципальным бюджет-
ным дошкольным образовательным уч-
реждением «Сакмарский детский сад
«Улыбка» Е.И. Чернышевой

(Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя))

Документ, удостоверяющий личность
заявителя: _____

Проживающего по адресу:

Телефон: _____

E-mail: _____

согласие.

Я, _____,
Ф.И.О. родителя (законного представителя) ребенка

(адрес постоянной регистрации)

(вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер, кем выдан и дата выдачи)

руководствуясь ч.3 ст.55 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об
образовании в Российской Федерации» и на основании рекомендаций

(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

От « ____ » _____ 20 ____ г. № _____, заявляю о согласии на обучение _____

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

адаптированная образовательная программа дошкольного образования для
детей с задержкой психического развития МБДОУ "Сакмарский детский сад
"Улыбка",

Приложение:

Заключение и направление психолого-медико-педагогической комиссии от « ____ » _____ 20 ____ г.
№ _____

Дата

(подпись)