

Заведующему муниципального казенного
дошкольного образовательного учреждения
«Детский сад № 9 компенсирующего вида»
Пушкаревой Л.Д.

(ФИО родителя (законного представителя))

Адрес места жительства: _____

(индекс, адрес полностью)

Адрес электронной почты для связи с
заявителем: _____

Телефоны заявителя: _____

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ
ребенка с ограниченными возможностями здоровья на обучение
по Адаптированной образовательной программе
дошкольного образования МКДОУ № 9 к/в

Прошу организовать обучение моего ребенка (сына, дочь) _____

(указать фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), дату рождения ребенка)

по Адаптированной образовательной программе дошкольного образования МКДОУ № 9 к/в
(в соответствии с п.3 ст.55 Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в
Российской Федерации").

Заявитель _____
(ФИО родителя (законного представителя) полностью) (подпись)

Дата _____ 20 ____.