

Директору МБОУ «СОШ №2 имени
С.И.Подгайнова г.Калининска Саратовской
области» Миронову И.В.
адрес: г.Калининск, ул.Советская, 9

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

телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обучение ребенка-инвалида/
ребенка с ограниченными возможностями здоровья
по адаптированной основной общеобразовательной программе

(Ф.И.О. матери (или: отца/законного представителя) ребенка с ограниченными возможностями здоровья)

_____ являющ _____ матерью/отцом/законным представителем

(Ф.И.О. ребенка)

руководствуясь ч. 3 ст. 55 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ "Об
образовании в Российской Федерации" и на основании рекомендаций психолого-
медико-педагогической комиссии от " _____ " _____ г. № _____,
заявляет о согласии на обучение _____

(Ф.И.О. ребенка)

по адаптированной основной общеобразовательной программе в МБОУ «СОШ №2 имени
С.И.Подгайнова г.Калининска Саратовской области»

Приложения:

1. Свидетельство о рождении (или: документы, подтверждающие законное
представительство).

2. Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии
от " _____ " _____ г. № _____.

_____ " _____ " _____ г.

(подпись)