|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему МБДОУ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Адрес места жительства:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Адрес электронной почты для связи с заявителем: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Номер мобильного телефона заявителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

Согласие

 на обучение по АОП ДО

Прошу организовать обучение моего ребенка (сына, **дочери**), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, по адаптированной образовательной программе дошкольного образования на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Копия заключения ПМПК прилагается.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с адаптированной образовательной программой дошкольного образования, реализуемой в образовательном учреждении.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |