

**Заявление родителей (законных представителей) о согласии на обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для детей с задержкой психического развития.**

Заведующей МДОУ № 11 г. Сочи  
Бояршиновой Светлане Викторовне

(должность, наименование  
образовательной организации,

Ф.И.О. руководителя образовательной организации)

от \_\_\_\_\_

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

адрес: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_.

**Заявление**

о согласии на обучение ребенка  
с ограниченными возможностями здоровья  
по адаптированной образовательной программе дошкольного образования  
для детей с задержкой психического развития.

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. матери (или: отца/законного представителя))

ребенка с ограниченными возможностями здоровья, руководствуясь ч. 3 ст. 55  
Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской  
Федерации" и на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии (г.  
Сочи, ул. Чебрикова, д.18, тел.: 296-51-85) от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_,  
заявляю о согласии на обучение по адаптированной образовательной программе  
дошкольного образования для детей с задержкой психического развития (Ф.И.О. ребенка)

в \_\_\_\_\_.

(наименование образовательной организации)

Приложения:

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

2. Заключение психолого-медико-педагогической комиссии (г. Сочи, ул. Чебрикова, д.18,  
тел.: 296-51-85) от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)