

Директору муниципального бюджетного
общеобразовательного учреждения
средней школы №2 им. В.И. Ленина
г. Данилова Ярославской области
Икиной Н.Е.

от _____

_____ (Ф.И.О. матери/отца/
законного представителя ребенка с ОВЗ)

адрес: _____

телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обучение ребенка
с ограниченными возможностями здоровья
по адаптированной общеобразовательной программе

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 года № 273 - ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и на основании рекомендаций областной психолого-медико-педагогической комиссии ГОУ ЯО Центр помощи детям

от «___» _____ 20__ года №_____, заявляю о согласии на обучение

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

проживающего по адресу (с указанием индекса):

по адаптированной общеобразовательной программе в средней школе №2.

(ФИО ребёнка)
нуждается в занятии с логопедом, психологом, дефектологом (нужное подчеркнуть).
Приложения:

1. Заключение областной психолого-медико-педагогической комиссии
от «___» _____ 20__ года №_____

«___» _____ 20__ года

(подпись)

(расшифровка подписи)