

Директору средней школы №2
Тихомировой Г.А.

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/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 _____

по адаптированной общеобразовательной программе в средней школе №2 г. Данилова.

_____ (ФИО ребёнка)

нуждается в занятии с логопедом, психологом (нужное подчеркнуть).

Приложения:

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

«___» _____ 20__ года

(подпись)

(расшифровка подписи)