

Согласие
родителей ребенка с ограниченными возможностями
здоровья на обучение по адаптированной основной
общеобразовательной программе

Прошу организовать обучение моего ребенка (сына, дочь) _____

_____ (указать фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), дату рождения ребенка)

по адаптированной основной общеобразовательной программе на основании
рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии _____

_____ (указать дату, номер заключения ПМПК, кем выдано) _____ (прилагается).

Заявитель _____ (ФИО заявителя/представителя заявителя полностью) _____ (подпись)

Дата _____ 20_____