

Директору БОУСОШ № 10 МО Динской район  
С.М.Ефременко

от \_\_\_\_\_  
(ФИО матери (или отца/законного представителя) ребенка с ограниченными возможностями здоровья)

\_\_\_\_\_,  
проживающе(й,го) по адресу:

\_\_\_\_\_  
(район, город (поселок, село, станица), улица, номер дома)

\_\_\_\_\_,  
контактный телефон:

**заявление  
о согласии на обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья по  
адаптированной основной общеобразовательной программе**

\_\_\_\_\_  
(ФИО матери (или отца/законного представителя) ребенка с ограниченными возможностями здоровья)

\_\_\_\_\_, являющ \_\_\_\_\_  
(матерью/отцом/законным представителем)

\_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка полностью)

Руководствуясь ч. 3 ст. 55 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и на основании Рекомендаций

\_\_\_\_\_  
(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_, заявляет о согласии на

обучение \_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка полностью)

по адаптированной основной общеобразовательной программе в БОУСОШ № 10 МО Динской район.

Приложения :

1. Свидетельство о рождении (или: документы, подтверждающие законное представительство)
2. Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка