

Заведующему МАДОУ
«Детский сад «Снегирек» г. Белоярский»
М.Ю. Павловой

(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

Адрес фактического проживания:
г. Белоярский, _____

Контактный телефон: _____

заявление
о согласии на обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья
по адаптированной основной образовательной программе.

Заявляю о согласии на обучение моего ребенка _____
(Ф.И.О. ребенка полностью)

_____ «___» _____ 20__ года
рождения в муниципальном автономном дошкольном образовательном учреждении
Белоярского района «Детский сад комбинированного вида «Снегирек» г. Белоярский» по
Адаптированной основной образовательной программе для дошкольников с тяжёлыми
нарушениями речи 5-7 лет МАДОУ «Детский сад «Снегирек» г. Белоярский» на основе
примерной адаптированной образовательной программы для дошкольников с тяжёлыми
нарушениями речи в соответствии с ФГОС ДО.

На основании рекомендаций территориальной психолого-медико-педагогической
комиссии Белоярского района от «___» _____ 20__ г. № _____.

«___» _____ 20__ г.
(дата)

(подпись)

(расшифровка)

С Адаптированной основной образовательной программой для дошкольников с
тяжёлыми нарушениями речи 5-7 лет МАДОУ «Детский сад «Снегирек» г. Белоярский»
на основе примерной адаптированной образовательной программы для дошкольников с
тяжёлыми нарушениями речи в соответствии с ФГОС ДО, ознакомлен (а):

«___» _____ 20__ г.
(дата)

(подпись)

(расшифровка)