|  |
| --- |
| Заведуюющему МДОАУ «Детский сад № 15» |
| Г.Новотрицка |
| Фоминой Светлане Владимировне |
| (Ф.И. О.) |
| (Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя) |
| Документ, удостоверяющий личность Заявителя: |
|  |
|  |
| Проживающего по адресу: |
|  |
| Телефон: |
|  |
| заявление. |

Я, \_

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

.

(адрес постоянной регистрации)

руководствуясь ч.3 ст.55 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и на основании заключения психолого- медико-педагогической комиссии г. Новотроицка Оренбургской области

(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

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

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования МДОАУ «Детский сад № 15» для детей-инвалидов

Приложение:

Заключение и направление психолого-медико-педагогической комиссии от « » 20 г. № .

(Дата) (Подпись

2