Директору БМАОУ СОШ № 32
Ольге Валентиновне Лыловой

от _____

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

с ограниченными возможностями здоровья)

адрес: _____,

телефон: _____,

адрес электронной почты (при наличии) _____

Согласие
на обучение ребенка с ограниченными возможностями
здоровья по адаптированной основной общеобразовательной программе
(начального, основного, среднего общего) образования

Я, _____ ,

(Ф.И.О. родителя/законного представителя) ребенка с ограниченными возможностями здоровья)

являясь (матерью/отцом/законным представителем)

_____

(Ф.И.О. ребенка с ограниченными возможностями здоровья)

руководствуясь ч. 3 ст. 55 Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" и на основании Рекомендаций

_____

(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

от "___"_____ _____ г. № _____,

заявляю о согласии на обучение _____ по адаптированной основной общеобразовательной программе в _____.

(наименование образовательной организации)

Приложения:

1. Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии от "___"_____ ____ г. № _____ .
2. Рекомендации об особых условиях обучения (при наличии).

"_____"_____ _____ г.

_____

(подпись)