

Приложение № 2  
к правилам приёма на обучение  
по образовательным программам дошкольного образования  
муниципального дошкольного образовательного  
учреждения детского сада № 42  
муниципального образования Кореновский район

Заведующему МДОБУ детского сада № 42  
МО Кореновский район

\_\_\_\_\_

*фамилия, инициалы руководителя*

ОТ \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. матери (или: отца/законного представителя) ребенка  
с ограниченными возможностями здоровья)

\_\_\_\_\_ ,  
адрес проживания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
контактный телефон \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
адрес электронной почты \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. матери (или: отца/ законного представителя)

дата рождения: \_\_\_\_\_ , паспорт \_\_\_\_\_ ,  
(число, месяц, год) (серия и номер)

выдан \_\_\_\_\_

(дата выдачи и орган, выдавший документ)

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_

являясь законным представителем \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

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

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

\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_,  
заявляю о согласии на обучение по адаптированной образовательной программе в  
МДОБУ детском саду № 42 МО Кореновский район \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

Приложение:

1. Заключение территориальной психолого-медико-педагогической комиссии,  
протокол № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
дата подпись расшифровка

ОБРАЗЕЦ