|  |  |
| --- | --- |
| Директору  | МОУ школа – детский сад № 85 |
|  | (наименование учреждения) |
| Морозовой Татьяне Анатольевне  |
| (фамилия, имя, отчество директора) |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
|  | (родителя (законного представителя) |
| Контактный телефон |  |
| e-mail |  |

**Согласие родителей (законных представителей) воспитанников на обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для детей с нарушениями речи**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ родитель (законный представитель)

 (ФИО родителя (законного представителя) ребёнка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО ребёнка, дата рождения)

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 «\_\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_, заявляю о согласии на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе моего ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО ребёнка, дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в МОУ школа – детский сад № 85

Приложения:

Свидетельство о рождении ребёнка

Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_г. №

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)