

Директору МБОУ СОШ им. Героя Советского Союза
А.А. Винокуровар.п. Сура Никольского района

адрес: Пензенская область, Никольский район,
р.п Сура, пер. Школьный, дом 13

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

адрес: _____

телефон: _____

Заявление
о согласии на обучение ребенка
с ограниченными возможностями
здоровья по адаптированной основной
общеобразовательной программе

_____ (Ф.И.О. матери (или: отца/законного представителя) ребенка с ограниченными возможностями здоровья)
являющ _____
(матерью/отцом/законным представителем)(Ф.И.О. ребенка)

_____, руководствуясь ч. 3 ст. 55 Федерального закона
от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" и на
основании Рекомендаций Центральной ПМПК Пензенской области коллегиального
заклучения №634/149-37 от 25.10.2016г
(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

заявляю о согласии на обучение _____
(Ф.И.О. ребенка)

по адаптированной основной общеобразовательной программев МБОУ СОШ им. Героя
Советского Союза А.А. Винокуровар.п. Сура Никольского района.

Приложения:

1. Свидетельство о рождении (или: документы, подтверждающие законное
представительство).

2. Рекомендации Центральной ПМПК Пензенской области коллегиальное
заклучение №634/149-37 от 25.10.2016г

дата

_____//

подпись