*к Порядку приема на обучение по образовательным программам*

 *дошкольного образования в МДОАУ д/с «Золотой ключик»*

|  |
| --- |
| Директору МДОАУ д/с «Золотой ключик» |
|  (*наименование образовательной организации)*Юрковой Галине Владимировне |
| (Ф.И.О. директора) |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
|  (матери, отца ребенка или законного представителя)Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| N моб. тел.  |  |
| N дом. тел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***З А Я В Л Е Н И Е***

о согласии на обучение ребенка с ограниченными возможностями

здоровья по адаптированной образовательной программе

 *Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

родитель (законный представитель) ребёнка *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*(Ф.И. О. (при наличии) полностью ребенка, дата рождения)*

руководствуясь Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» № 273 –ФЗ от 29.12.2012 (часть 3 статья 55) и на основании Рекомендаций *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)*

от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_, заявляю о согласии /не согласии на обучение по адаптированной основной образовательной программе дошкольного образования моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(Ф.И. О. (при наличии) полностью ребенка, дата рождения)*

воспитанника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_группы *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*направленности

 *(возрастная группа) (направленность группы)*

*«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(подпись матери, отца (расшифровка подписи)*

 *(законного представителя) ребенка)*