Директору МБОУ ЦО им. А.Атрощанка

О.К.Коротких

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

**о согласии на обучение ребенка**

**с ограниченными возможностями здоровья**

**по адаптированной образовательной программе**

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

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

являющийся(аяся) матерью/ отцом/ законным представителем (подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. ребенка)

обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса, руководствуясь частью 3 статьи 55 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии

от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года № \_\_\_\_\_\_\_, заявляю о согласии на обучение

(Ф.И.О. ребенка)

по адаптированной основной образовательной программе ООО обучающихся с ЗПР в МБОУ ЦО им. А.Атрощанка.

Согласен, чтобы с моим ребенком проводились коррекционно-развивающие занятия специалистами (психолог, дефектолог, логопед).

Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии прилагаю.

С режимом пребывания ребенка в МБОУ ЦО им. А.Атрощанка и с особенностями организации учебно-воспитательного процесса ознакомлен.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)