

## Согласие

**родителей (законных представителей) ребенка с ограниченными возможностями здоровья на обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования**

Я, \_\_\_\_\_

*(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) родителя, опекуна (законного представителя) ребенка)*

являюсь \_\_\_\_\_

*(Отец, мать, опекун (законный представитель) ребенка)*

\_\_\_\_\_ *(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка с ограниченными возможностями здоровья)*

дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,

в соответствии с требованиями ч.3 ст.55 Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», даю свое согласие на обучение моего ребенка

\_\_\_\_\_ *(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка)*

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(Направление программы в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии)*

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_

*(Подпись)*

*(ФИО родителя*

*(законного представителя) заявителя)*

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_

*(Подпись)*

*(ФИО второго родителя*

*(законного представителя)*

### **Ознакомление родителей (законных представителей) ребенка, в том числе через официальный сайт образовательной организации.**

Ознакомлен(а) с адаптированной общеобразовательной программой дошкольного образования, реализуемой в образовательном учреждении.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_

*(Подпись)*

*(ФИО родителя*

*(законного представителя) заявителя)*

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_

*(Подпись)*

*(ФИО второго родителя*

*(законного представителя)*