

Директору Муниципального бюджетного
общеобразовательного учреждения
«Средняя общеобразовательная школа № 24»
Крикьянц Елене Викторовне
(Ф.И.О. директора)

(ФИО родителя (законного представителя))

Адрес регистрации по месту жительства: _____

(индекс, адрес полностью)

Адрес места фактического проживания: _____

(индекс, адрес полностью)

Документ, удостоверяющий личность заявителя -
физического лица: _____

(указать наименование документа, серию, номер, кем и когда выдан)

Страховой номер индивидуального лицевого счета
заявителя (СНИЛС) _____

Адрес электронной почты для связи с заявителем: _____

Телефоны заявителя: _____

Согласие

родителей ребенка с ограниченными возможностями здоровья на обучение по адаптированной
основной общеобразовательной программе

Прошу организовать обучение моего ребенка (сына, дочь) _____

(указать фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), дату рождения ребенка)

по адаптированной основной общеобразовательной программе на основании рекомендаций
психолого-медико-педагогической комиссии _____

(прилагается).

(указать дату, номер заключения ПМПК, кем выдано)

Заявитель _____

(ФИО заявителя/представителя заявителя полностью)

(подпись)

Дата _____ 20____.