

Заведующему Муниципального бюджетного
дошкольного образовательного учреждения

« _____ »

(наименование образовательного учреждения, реализующего
образовательную программу дошкольного образования)

(Ф.И.О. заведующего)

(ФИО родителя (законного представителя))

Адрес _____ места _____ жительства: _____

(индекс, адрес полностью)

Адрес электронной почты для связи с
заявителем: _____

Телефоны заявителя: _____

Заявление

родителей ребенка с ограниченными возможностями здоровья на обучение по
адаптированной образовательной программе дошкольного образования

Прошу организовать обучение моего ребенка (сына, дочь) _____

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

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования на основании
рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии _____

_____ (прилагается).

(указать дату, номер заключения психолого-медико-педагогической комиссии, кем выдано)

Заявитель _____

(ФИО родителя (законного представителя) полностью)

(подпись)

Дата _____ 20 ____.