Заведующему
Муниципального автономного дошкольного
образовательного учреждения детского сада
комбинированного вида
№ 14 «Боровичок»
Лебедева Наталия Геннадьевна
от
Фамилия_____ Имя_____
Отчество _____

Согласие
на обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья
по Адаптированной основной образовательной
программе дошкольного образования

Я,_____,

(Ф.И.О. матери (или: отца/законного представителя) ребенка с ограниченными возможностями здоровья)

Являющаяся(ийся) _____

матерью/отцом/законным представителем

даю своё согласие на обучение моего ребёнка

_____

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

по Адаптированной основной образовательной программе дошкольного образования.

«_____»_____г. _____/_____

подпись расшифровка