

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад №44
«Сажены» города Пятигорска

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

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)
проживающий(ая) по адресу:

_____ являясь _____
(отцом, матерью, законным представителем)

_____ (ФИО ребенка полностью)

«_____» _____ 20__ года рождения, 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 по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Срок, в течение которого действует согласие: на время обучения ребёнка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования или до момента досрочного прекращения образовательных отношений по инициативе родителей (законных представителей) воспитанника.

Я подтверждаю, что мне известно о праве отозвать свое согласие путем подачи письменного заявления об отзыве согласия. С Положениями Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» ознакомлен(а).

«_____» _____ 20__ г.

Подпись _____ / (_____)
(расшифровка)