

Заведующему МАДОУ детский сад  
комбинированного вида № 539  
Люлькиной Н.Г.

от \_\_\_\_\_  
(ФИО. родителя/законного представителя)

адрес проживания \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

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

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО родителя / иного законного представителя ребенка)

являющийся \_\_\_\_\_, руководствуясь ч.3 ст.55 Федерального закона  
(матерью/отцом/ законным представителем)

от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» на основании  
Рекомендаций \_\_\_\_\_  
(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_ заявляю о согласии на обучение

\_\_\_\_\_   
(ФИО ребенка полностью, дата рождения)

в Муниципальном автономном дошкольном образовательном учреждении детский сад  
комбинированного вида № 539 по адаптированной образовательной программе  
дошкольного образования детей с \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_   
(подпись)