

Директору
МБОУ «Ш – И поселка Эгвекинот»
Швырковой Т.М.
от ФИО родителей (законных представителей),
зарегистрированно(го)й по адресу:

проживающе(го) й по адресу:

конт. телефон: _____

Согласие на обучение
по адаптированной основной общеобразовательной программе

Я,

ФИО

даю согласие на обучение моего ребенка по адаптированной основной общеобразовательной программе для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) в соответствии с заключением психолого – медико – педагогической комиссии.

Рекомендации психолого – медико – педагогической комиссии прилагаю.

Прошу осуществлять образование моего ребенка

ФИО полностью

обучающегося _____ класса, по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) на родном _____ языке.

дата

подпись

расшифровка