

Директору ГКОУ школа № 15  
г.Славянска-на-Кубани  
Серовой С.Д.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя ребёнка с ограниченными возможностями здоровья)

адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

## СОГЛАСИЕ

на обучение ребёнка  
с ограниченными возможностями здоровья  
по адаптированной основной образовательной программе

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя) ребёнка с ограниченными возможностями здоровья)

являющимся(-ейся) \_\_\_\_\_

матерью/отцом/законным представителем

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О., дата рождения ребёнка

руководствуясь ч. 3 ст. 55 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и на основании рекомендаций

\_\_\_\_\_  
наименование психолого-медико-педагогической комиссии

от «\_\_» \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_, согласен(-а)/не согласен(-а)  
(не нужно зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребёнка)

ПО \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в ГКОУ школе № 15 г.Славянска-на-Кубани.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)