

Директору
Муниципального бюджетного
общеобразовательного учреждения города Абакана
"Средняя общеобразовательная школа № 10"
Орловой Инне Николаевне

(ФИО родителя (законного представителя))

Адрес регистрации по месту жительства:

(индекс, адрес полностью)

Адрес места фактического проживания:

(индекс, адрес полностью)

Документ, удостоверяющий личность заявителя -
физического лица:

(указать наименование документа, серию, номер, кем и когда выдан)

Страховой номер индивидуального лицевого счета
заявителя (СНИЛС) _____

Адрес электронной почты для связи с заявителем:

Телефоны заявителя: _____

Согласие
родителей ребенка с ограниченными возможностями
здоровья на обучение по адаптированной основной
общеобразовательной программе

Прошу организовать обучение моего ребенка (сына, дочь) _____

указать фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), дату рождения ребенка)

по адаптированной основной общеобразовательной программе на основании рекомендаций
психолого-медико-педагогической комиссии _____

_____ (прилагается).

_____ (указать дату, номер заключения ПМПК, кем выдано)

Заявитель _____ (ФИО заявителя/представителя заявителя полностью) _____ (подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г