

Директору Муниципального бюджетного  
общеобразовательного учреждения "СОШ №26"  
Табакироваой Ирине Леонтьевне  
(Ф.И.О. директора)

(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

Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Поля с (\*) заполняются по желанию заявителя