Заведующему
Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения детского сада № 1 «Ласточка»
Перминовой И.А.
от родителя (законного представителя)

Фамилия __Ивановой____

Имя ___Натальи____

Отчество __Петровны____

Контактный номер телефона: 89291234567

Согласие на обучение
по адаптированной образовательной программе дошкольного образования

Я, ___Иванова Наталья Петровна___,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) родителя (законного представителя) ребенка)

_____

даю согласие на обучение моего ребенка
_____Иванова Ивана Ивановича, 01.01.2020 г.р._____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) ребенка, дата рождения ребенка)

по Адаптированной образовательной программе дошкольного образования -
для детей с тяжелыми нарушениями речи;
- для детей с задержкой психического развития;
- для детей расстройством аутистического спектра;
- для детей с умственной отсталостью
(нужное подчеркнуть)
Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения детского сада № 1 «Ласточка».

_____ _____
(дата) (подпись родителя (законного представителя) ребенка)