Директору МБОУ СОШ №1 г. Москвы

(наименование должности руководителя

 образовательной организации)

Суровому Павлу Петровичу

(ФИО руководителя)

 адрес ОО: 140001, г. Москва, ул. Московская, д5

 от Ивановой Маргариты Ивановны

 (Ф.И.О. матери (или: отца/законного

 представителя) ребенка с ограниченными

 возможностями здоровья)

 адрес: г. Москва, ул. Знаний, д. 2, кв. 3.,

 телефон: 8-123-000-11-22,

 адрес электронной почты: Ivanova@gmail.com

Заявление

о согласии на обучение ребенка

с ограниченными возможностями

здоровья по адаптированной основной

общеобразовательной программе

 Иванова Маргарита Ивановна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО матери (или: отца/законного представителя) ребенка с ограниченными возможностями здоровья)

 являющаяся матерью Иванова Ивана Владимировича\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,руководствуясь ч. 3

(ФИО ребенка)

ст. 55 Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" и на основании рекомендаций\_\_ПМПК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

от "1"февраля 2020 г. N 12, заявляю о согласии на обучение

Иванова Ивана Владимировича по адаптированной основной общеобразовательной программе

(ФИО ребенка)

в Муниципальном бюджетном общеобразовательном учреждении «Средняя общеобразовательная школа № 1» г. Москвы в условиях инклюзивного образования в коррекционном классе (совместно с другими обучающимися).

Приложения:

 1. Свидетельство о рождении (или: документы, подтверждающие законное

представительство).

 2. Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии от "1"февраля 2020 г. N 12

 "10"февраля 2020 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_/Иванова

подпись/расшифровка подписи