

**Согласие родителей (законных представителей)  
на обучение ребёнка с ограниченными возможностями здоровья  
по адаптированной основной общеобразовательной программе**

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

являясь \_\_\_\_\_

(отцом, матерью, законным представителем)

\_\_\_\_\_ (ФИО ребенка полностью)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года рождения,

в соответствии с требованиями ч. 3 ст.55 п.3 Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

даю свое согласие на обучение моего ребенка

\_\_\_\_\_ (ФИО ребенка)

по адаптированной основной общеобразовательной программе.

Срок, в течение которого действует согласие: до завершения обучения ребёнка или до момента досрочного прекращения образовательных отношений по инициативе родителей (законных представителей) учащегося.

Я подтверждаю, что мне известно о праве отозвать свое согласие путем подачи письменного заявления об отзыве согласия.

С Положениями Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» ознакомлен(а).

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г. Подпись \_\_\_\_\_