

Директору Муниципального бюджетного  
общеобразовательного учреждения  
«Средняя общеобразовательная школа № 12»  
Ветошкиной Н.В.

\_\_\_\_\_  
(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, дочери) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_