

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

Ивановой Марии Ивановны

(ФИО родителя (законного представителя))

Адрес регистрации по месту жительства: **655001**

г. Абакан, Дачный район реки Ташеба, массив

(индекс, адрес полностью)

«Пенсионеры», ул. Песочная, д. 00

Адрес места фактического проживания: **655001**

г. Абакан, ул. Дружбы Народов, д. 21, кв 18

(индекс, адрес полностью)

Документ, удостоверяющий личность заявителя –
физического лица: **паспорт, серия 6551, №655001**
(указать наименование документа, серию, номер,
выдан отделом УФМС России по Республике

кем и когда выдан)

Хакасия в г. Абакан, 20.10.2013

Страховой номер индивидуального лицевого счета
заявителя (СНИЛС) **065-760-655-00**

Адрес электронной почты для связи с заявителем:

asdfgh@mail.ru

Телефоны заявителя: **89606550000**

89236550000

Согласие

родителей ребенка с ограниченными возможностями здоровья
на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе

Прошу организовать обучение моего ребенка (сына, дочери)

Иванова

Петра Ивановича, дата рождения 21.09.2011

(указать фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), дату рождения ребенка)

по адаптированной основной общеобразовательной программе на основании
рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии **от 25.03.2018**

(прилагается)

№ 15-14/в-18, Городское управление образования Администрации

(указать дату, номер заключения ПМПК, кем выдано)

г. Абакана территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия .

Заявитель **Иванова Мария Ивановна** /

(ФИО заявителя/представителя заявителя полностью)

(подпись)

Дата **27 января 2018.**