Директору ГБОУ СОШ № 5 г. Сызрани
Сорокиной Марине Александровне

от _____

_____ ,
ФИО родителя (законного представителя)
место регистрации _____

_____

_____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
на обучение по адаптированной образовательной программе

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))
являющийся(аяся) матерью/ отцом/ законным представителем (подчеркнуть)

_____
(Ф.И.О. ребенка)
«_____» _____20____ года рождения, обучающегося _____ класса ГБОУ СОШ № 5 г. Сызрани и руководствуясь частью 3 статьи 55 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и на основании рекомендаций государственного бюджетного образовательного учреждения для детей, нуждающихся в психолого – педагогической и медико – социальной помощи, центр диагностики и консультирования городского округа Сызрань Самарской области
(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

от «____»_____ 20____ года № _____, заявляю о согласии на обучение

_____
фамилия имя отчество ребенка
по адаптированной основной общеобразовательной программе

_____

_____
название образовательной программы

Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии прилагаю.

«____» _____ 20____ г.

_____ _____
Подпись гражданина расшифровка подписи

C=RU, O=ГБОУ СОШ № 5 г. Сызрани, CN=Сорокина Марина Александровна, E=school5_szr@samara.edu.ru
00ccf5c80ab3ba9cf8
2023.09.01 12:41:32+04'00'