|  |  |
| --- | --- |
| В приказ.Зачислить в группу №\_\_\_\_\_\_с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.Директор \_\_\_\_\_\_\_ /Сидоренкова О.А | Директору Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад №8» Сидоренковой О.Аот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(фамилия, имя, отчество (при наличии)* *родителя (законного представителя)* |

**СОГЛАСИЕ**

**на обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя))*

даю согласие на обучение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)*

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования в Муниципальном автономном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад № 8» г. Сыктывкара.Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии прилагаю.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (расшифровка подписи)*

|  |  |
| --- | --- |
| В приказ.Зачислить в группу №\_\_\_\_\_\_с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.Директор \_\_\_\_\_\_\_ /Сидоренкова О.А | Директору Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад №8» Сидоренковой О.Аот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(фамилия, имя, отчество (при наличии)* *родителя (законного представителя)* |

**СОГЛАСИЕ**

**на обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя))*

даю согласие на обучение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)*

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования в Муниципальном автономном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад № 8» г. Сыктывкара.Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии прилагаю.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (расшифровка подписи)*