

Заведующему Муниципального бюджетного  
дошкольного образовательного учреждения  
«Детский сад комбинированного вида №194»  
Фоминой Е.А.

\_\_\_\_\_  
(ФИО родителя (законного представителя))  
Адрес \_\_\_\_\_ места \_\_\_\_\_ жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(индекс, адрес полностью)

Адрес электронной почты для связи с  
заявителем: \_\_\_\_\_

Телефоны заявителя: \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу организовать обучение моего ребенка (сына, дочь) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указать фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), дату рождения ребенка)

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования на основании  
рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (прилагается).

\_\_\_\_\_  
(указать дату, номер заключения психолого-медико-педагогической комиссии, кем выдано)

Заявитель \_\_\_\_\_  
(ФИО родителя (законного представителя) полностью) \_\_\_\_\_ (подпись)  
Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.