

Директору МБОУ «Аршановская СШ»

\_\_\_\_\_  
ФИО

\_\_\_\_\_  
(ФИО родителя (законного представителя))

Адрес регистрации по месту жительства:

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

Адрес электронной почты для связи с заявителем:

Номер телефона заявителя: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Согласие на обучение поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет, на обучение по адаптированной образовательной программе**

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

даю согласие на обучение по адаптированной образовательной программе на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии

\_\_\_\_\_ (прилагается).

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

Заявитель \_\_\_\_\_

(ФИО ( полностью) (подпись)

Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 68310291949308261174446458885988728622825444161

Владелец Кызласова Елена Геннадьевна

Действителен с 20.02.2026 по 20.02.2027