Заведующему
МБДОУ «Детский сад № 17»
Стешиной Л.А.
от_Ивановой Марии Ивановны_____
(Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью)
_8 (999) 123-45-67_____
(контактный телефон)

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

Я, _____Иванова Мария Ивановна_____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) родителя (законного представителя) ребенка)

_____

даю согласие на обучение моего ребенка
_____Иванова Петра Петровича, 01.01.2018 г.р._____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) ребенка, дата рождения ребенка)

по Адаптированной образовательной программе дошкольного образования Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 17».

_____ _*Иванова* Иванова М.И._____
(дата) (подпись родителя (законного представителя) ребенка)