

Директору БОУ ОСОШ
МО Динской район
Павлюк Г.А.

_____ (ФИО)

_____ Проживающей по адресу

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас принять моего сына(дочь)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка)

В _____ класс БОУ ОСОШ МО Динской район в 20____ - 20____ учебном году

Дата рождения ребенка _____

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка

_____ Фамилия, имя, отчество родителей (законных представителей), ребенка

_____ Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителей (законных представителей)

_____ Адрес электронной почты, номер телефона родителей (законных представителей)

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема _____

Потребность ребенка в адаптированной образовательной программе и (или) в создании спец. условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ОВЗ в соответствии с заключением психолога - медико - педагогической комиссии (при наличии) или ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации _____

Согласие родителей (законных представителей) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) _____

Язык образования _____

Родной язык _____

Факт ознакомления родителя(ей) законного(ых) представителя(ей) ребенка или поступающего с :

уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности , со свидетельством о государственной аккредитации , общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности _____

С правами и обязанностями обучающихся _____

Согласие на обработку персональных данных моего ребенка и своих лично, согласно законодательству РФ _____

« ____ » 20 ____ г. _____ / _____

подпись/расшифровка подписи

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания (законных представителей) _____

Фамилия, имя, отчество (полное) (законных представителей) _____

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания (законных представителей) _____

Адрес электронной почты, номер телефона (законных представителей) _____

Наименование права владения, пользования, распоряжения имуществом _____

Получение ребенком в воспитательной образовательной программе и (или) в соответствии с условиями для организации обучения и воспитания обучающихся (ОВЗ) ответственность за исполнение обязанностей - медико - психологической комиссии (или психологической комиссии) как ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации _____

Согласие законных (законных представителей) ребенка на обучение ребенка по индивидуальной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) _____