

Директору МБОУ СОШ № 3
им. Е.И. Гришко ст. Старошербиновская
С.Н. Цукановой

от _____
(ФИО заявителя полностью)

проживающего по адресу:

тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

Прошу принять моего сына (дочь)

(ФИО ребёнка)

В _____ «
» класс

Дата рождения ребенка:

Адрес места жительства ребенка, родителей

Сведения о родителях или лицах, их заменяющих (законных представителях)

Родитель (законный представитель)

тел./e-mail:

Родитель (законный представитель)

тел./e-mail:

Наличие права первоочередного или преимущественного приема (да/нет, указать)

Потребность ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) создании условий для организации обучения обучающихся с ОВЗ в соответствии с заключением ПМПК или инвалида (ребенка-инвалида) (да/нет, указать)

Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителей) на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости). Согласен/не согласен (нужное подчеркнуть).

Прошу организовать для моего ребенка обучение по образовательным программам на

языке и изучение родного (_____) языка и родной (_____) литературы.

Ознакомлен (-ы) с уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся

Подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в порядке, установленном федеральным законодательством.

Родитель (законный представитель) _____	_____ /
_____	_____
(дата)	(подпись заявителя)
	(расшифровка)

Родитель (законный представитель) _____	_____ /
_____	_____
(дата)	(подпись заявителя)