

Директору МОБУ СОШ № 2 имени Н.Я. Василенко
города Лабинска Лабинского района
Е.В. Грецовой

от ИВАНОВОЙ Анны ИВАНОВНЫ,
проживающего(ей) по адресу:
г. ЛАБИНСК, ул. ДЕЛЕГАТСКАЯ, 9/1,
контактный телефон: 8-861-693-28-28
эл. почта: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка,
ИВАНОВУ ДАРЬЮ ПЕТРОВНУ,
01.02.2016 года рождения, проживающего по адресу:
г. ЛАБИНСК, ул. ДЕЛЕГАТСКАЯ, 9/1,
в 1-й класс с 01.09.2023.

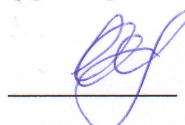
Мой ребенок имеет преимущественное право приема на обучение по программе начального общего образования, так как в 3 «А» классе уже обучается его БРАТ ИВАНОВ ПЕТР ПЕТРОВИЧ, 02.01.2013 г.р., проживающий(ая) с ним совместно.

Прошу организовать для моего ребенка обучение на РУССКОМ языке и изучение родного РУССКОГО языка и литературного чтения на родном РУССКОМ языке.
К заявлению прилагаются:

- копия паспорта;
- копия свидетельства о рождении ИВАНОВОЙ Д.П.;
- копия свидетельства о регистрации ИВАНОВОЙ Д.П.

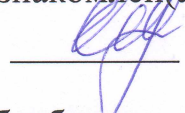
по месту жительства на закрепленной территории.

«03» 04 2023 г.

 ИВАНОВА А.И.

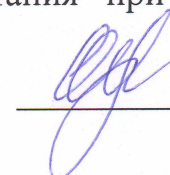
С уставом, лицензией на образовательную деятельность, общеобразовательными программами, свидетельством о государственной аккредитации, локальными актами МОБУ СОШ № 2 имени Н.Я. Василенко города Лабинска Лабинского района ознакомлен(а).

«03» 04 2023 г.

 ИВАНОВА А.И.

Даю согласие СОГЛАСНА на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка ИВАНОВОЙ Д.П. в объеме, указанном в заявлении и прилагаемых документах, с целью организации его обучения и воспитания при оказании муниципальной услуги.

«03» 04 2023 г.

 ИВАНОВА А.И.