

Директору МБОУ СОШ №36 г.Пензы
Сафроновой Е.Г.

от _____
Фамилия Имя Отчество родителя

проживающ _____

контактный тел.: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка _____
Фамилия Имя Отчество РЕБЕНКА

дата рождения _____,

место рождения _____,

адрес места жительства _____,

адрес места пребывания _____,

в _____ класс.

_____ 20__ г. _____ (_____)
подпись расшифровка подписи

Ф.И.О. отца _____

Адрес места жительства _____

Адрес места пребывания _____

Адрес электронной почты (при наличии) _____

Контактный телефон _____

Ф.И.О. матери _____

Адрес места жительства _____

Адрес места пребывания _____

Адрес электронной почты (при наличии) _____

Контактный телефон _____

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема

Потребность ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе и(или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации

Согласен(сна) на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе).

« ____ » _____ 20__ г. _____
подпись

Прошу организовать обучение на _____ языке. Считать язык обучения _____ как родной язык.

С Уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации школы, основными образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а).

« ____ » _____ 20__ г. _____
подпись

Даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных своего ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

« ____ » _____ 20__ г. _____
подпись