ДИРЕКТОРУ МБОУ СОШ С.ОСИНОВКА Н.В.МАРЧУК

Гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

ПРОШУ ПРИНЯТЬ В КЛАСС МБОУ СОШ С.ОСИНОВКА МОЕГО РЕБЕНКА

Ф. И .О.

ДАТА И МЕСТО РОЖДЕНИЯ

МЕСТО ПРОЖИВАНИЯ

Контактные данные родителей (законных представителей):

[.Мать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания

Телефон

*2.* Отец

Адрес проживания

Телефон

Родной язык для изучения выбран \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Согласие на обработку персональных данных моих и моего ребенка в порядке, установленном законодательством мною дано.

Дополнительно (нужное подчеркнуть):

- наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема **да/нет**;

- потребность ребенка или поступающего 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 **да/нет**;

- согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) **да/нет**;

- согласие поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет, на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения указанного поступающего по адаптированной образовательной программе) **да/нет**;

ДАТА ЛИЧНАЯ ПОДПИСЬ РАСШИФРОВКА

