Рег. №

|  |
| --- |
| Директору МОУ «СОШ №3»  Копыльцовой Э.Н. |
| Родителя (законного представителя) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства ребенка, его родителей (законных представителей): |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места пребывания ребенка: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактные телефоны родителей (законных представителей):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу принять моего ребенка (сына, дочь)

(фамилия, имя, отчество)

(дата и место рождения)

в класс Вашей школы.

Форма обучения: очная, очно-заочная, заочная (нужное подчеркнуть). Государственный язык .

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации .

Родители (законные представители):

Отец

(фамилия, имя, отчество)

Мать

(фамилия, имя, отчество)

Дополнительные сведения (заполняются при необходимости):

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема(нужное подчеркнуть)

Потребность ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе (нужно/не нужно).

Потребность ребенка с ОВЗв создании специальных условий (нужно/не нужно).

С Уставом, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, основными общеобразовательными программами, правами и обязанности учащихся, реализуемыми учреждением и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательного процесса в учреждении ознакомлен (а) (подпись).

Разрешаю (не разрешаю) проводить психологическое обследование, включающее диагностику, консультирование, коррекционную работу с моим ребенком (подпись).

Даю согласие на обработку и использование персональных данных (сведений) о ребенке и родителях (законных представителях) (подпись).

« » 20 года Подпись