

Директору муниципального бюджетного
общеобразовательного учреждения «Средняя
общеобразовательная школа № 1
им. С.Т. Шацкого» города Обнинска
Поляковой Г.В.

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу принять моего ребенка (Ф.И.О.) _____,
Дата рождения _____ Место рождения _____
Адрес регистрации _____
Фактический адрес места жительства _____
Телефон _____
в _____ класс из _____
(из какого д/с, ОО, города, страны)

Я имею право на внеочередной или первоочередной прием как _____

Ф.И.О. отца _____
Дата рождения _____ Образование _____
Адрес регистрации _____
Фактический адрес места жительства _____
Место работы, должность _____
Рабочий телефон, мобильный телефон _____
e-mail _____

Ф.И.О. матери _____
Дата рождения _____ Образование _____
Адрес регистрации _____
Фактический адрес места жительства _____
Место работы, должность _____
Рабочий телефон, мобильный телефон _____
e-mail _____

« ____ » _____ 20 ____ года Подпись _____

Уведомляю о потребности моего ребенка _____
в обучении по адаптированной образовательной программе в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии. Даю согласие на обучение моего ребенка по адаптированной образовательной программе МБОУ «СОШ №1 им. С.Т. Шацкого» _____
(подпись родителя (законного представителя))

На основании статьи 14 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» прошу организовать для моего ребенка (ФИ ребенка) _____
обучение на русском языке и изучение родного русского языка и литературного чтения (литературы) на родном русском языке.

С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен.
Своей подписью даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных обучающегося в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

« ____ » _____ 20 ____ года Подпись _____