

Зачислить в _____ класс.

Директор средней школы №12

Е.Б. Толстякова

« ____ » _____ 20 ____ г.

Директору муниципального общеобразовательного учреждения «Средняя школа № 12» Е.Б. Толстяковой

(Ф.И.О. заявителя полностью)

проживающего по адресу _____

тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

_____ в 1 класс

для детей с ограниченными возможностями здоровья, по адаптированной основной образовательной программе начального общего образования, имеющих ограниченные возможности здоровья по зрению (слабовидящие)

по заключению ПМПК № _____ от " ____ " _____ г. с вариантом обучения _____

Дата рождения ребенка _____

(число, месяц, год рождения)

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка:

мать _____

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания _____

Адрес(а) электронной почты (при наличии) _____

Номер(а) телефона(ов) (при наличии) _____

отец _____

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания _____

Адрес(а) электронной почты (при наличии) _____

Номер(а) телефона(ов) (при наличии) _____

Наличие права первоочередного или преимущественного приема _____

Язык образования _____

Родной язык _____

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации учреждения, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, с правами и обязанностями обучающихся ознакомлен(а).

« ____ » _____ 20 ____ г.

(дата)

(подпись)

Приложение № 1: согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обработку персональных данных

« ____ » _____ 20 ____ г.

(дата)

(подпись)

вх. № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

_____/_____/_____