

Директор МОБУ СОШ №3 г.Минусинск

Курыпова Светлана Александровна

(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

(адрес места жительства и (или) адрес места пребывания)

(контактный телефон, адрес электронной почты)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять ребенка

(Ф.И.О.)

(дата рождения)

(адрес места жительства и (или) адрес места пребывания)

в 1-й класс МОБУ СОШ №3 г.Минусинск

Право внеочередного, первоочередного или преимущественного приема (в случае наличия такого права указать): _____

Имеется ли 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 (в случае наличия указать): _____

Выражаю согласие на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе):
_____ (подпись заявителя)

Язык образования: _____

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации (в случае реализации права на изучение родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка): _____

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен: _____ (подпись заявителя)

Согласен на обработку персональных данных моих и моего ребенка:

_____ (подпись заявителя)

Предоставляю следующие документы:

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)