

Зачислить в _____ класс

Директор:

_____ Т.П. Линик

Директору

МБОУ «СОШ №2 им. Свидерского А.Г.»

Линик Т.П.

_____ (фамилия, имя, отчество заявителя)

проживающий по адресу:

Заявление

№ _____ от _____ . _____ .20 ____ г.

Пр.

№ _____ от _____ . _____ .20 ____ г.

адрес регистрации _____

Тел. _____

Эл. почта _____

Заявление

Прошу принять моего ребенка (сына, дочь)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка полностью)

Число, месяц, год рождения ребенка _____

Адрес места жительства ребенка _____

Адрес места пребывания ребенка _____

Сведения о втором родителе (законном представителе):

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя))

Адрес места жительства: _____

Адрес места пребывания: _____

Контактный телефон _____

Электронная почта _____

Сведения о наличии права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема _____

Обучение по адаптированной программе и (или) создание специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой _____

Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе: _____

(в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе)

Язык образования: _____

« _____ » 20 ____ г. _____
(дата подачи заявления) (подпись) (расшифровка подписи)