

Регистрационный номер
№ _____ от _____

Директору
муниципального бюджетного
общеобразовательного учреждения
«Дачновская средняя
общеобразовательная школа» городского
округа Судак
Рейновой Виктории Михайловне

(Ф.И.О. родителя полностью)

проживающ-его/- ей по адресу, тел.:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего сына/ дочь в _____ класс Вашей школы

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения ребенка _____

Место рождения _____

В соответствии с частью 2 статьи 11 Закона Республики Крым от 06.07.2015 №131К/2015

«Об образовании в Республике Крым» прошу организовать

обучение моего сына /дочери на _____ языке.

Прошу организовать изучение родного _____ языка.

Сведения об обучающемся /обучающейся

Место проживания ребенка

(фактическое)

Гражданство _____

Город, село _____

Улица _____

Дом _____, корпус _____, квартира _____

Место регистрации ребенка (если не

совпадает с местом проживания)

Гражданство _____

Город, село _____

Улица _____

Дом _____, корпус _____, квартира _____

Сведения о родителях

Отец

Мать

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Телефон _____

Электронная почта _____

Наличие права внеочередного , первоочередного , преимущественного приёма (да/нет)

О потребности ребёнка в обучении по адаптированной образовательной программе (да/нет)

Согласие родителей(законных представителей)ребёнка на обучение по АОП (да/нет)

Ознакомлен(а) с:

Уставом школы;

Лицензией на осуществление образовательной деятельности;

Свидетельством о государственной аккредитации;

Образовательными программами;

Постановлением администрации городского округа Судак о закреплении территории;

Положением о порядке приема обучающихся в МБОУ;

Положением об установлении требований к школьной форме.

Согласие родителей (законных представителей) ребёнка на обработку персональных данных дано мною _____ (дата) и действует один год с момента подписания.

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись _____