

Директору муниципального бюджетного
общеобразовательного учреждения
«СОШ № 10» Сердерову Р.М

_____,
Ф.И.О. родителя (законного представителя) ребенка
проживающего по адресу: _____

_____ и
прописанного по адресу: _____

контактный телефон: _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить моего сына /мою дочь _____
на обучение в ____ класс МБОУ СОШ № 10

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 №10»

Сведения о ребенке

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество(при наличии): _____

Дата рождения: _____

Возраст на 1 сентября текущего года: _____

Место проживания: _____

К заявлению прилагаю следующие документы

С Уставом школы, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательной программой и другими документами, регламентирующими организацию образовательного процесса СОШ № 10 ознакомлен (а).

_____/_____

Даю согласие СОШ № 10 на обработку персональных данных родителей и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

_____/_____

« ____ » _____ 2024г.
(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)