

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять в _____ класс МОБУ Кабановской ООШ

1. Фамилия, имя, отчество (ребёнка) _____

2. Число, месяц, год рождения _____

3. Адрес места проживания (или пребывания) ребенка _____

4. Сведения о родителях (законных представителях) ребёнка:

Сведения	Отец	Мать	Законный представитель
Фамилия			
Имя			
Отчество (при наличии)			
Адрес места жительства			
Адрес электронной почты			
Номер телефона			

5. Имею право внеочередного, первоочередного или преимущественного приема (да/нет) _____

6. Прошу организовать обучение моего ребенка с ОВЗ по _____

(адаптированной образовательной)

программе и (или) создать специальные условия для организации обучения и воспитания. Даю согласие на обучение моего сына/дочери по адаптированной образовательной программе на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии, индивидуальной программы реабилитации. _____

(№, дата выдачи)

7. Прошу организовать обучение моего ребенка на _____ языке

(указать язык из числа языков народов Российской Федерации)

8. Прошу организовать для моего ребёнка изучение _____ языка как родного языка

(указать название языка)

9. С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся МОБУ Кабановской ООШ ознакомлены.

« ____ » _____ 20 ____ г. Подписи родителей _____

10. Согласны на обработку персональных данных и персональных данных нашего ребёнка, а также на публикацию его школьных фотографий с классом и отдельно на сайте школы, в фото и видеороликах, фильмах.

« ____ » _____ 20 ____ года

Подписи родителей _____