

Директору

_____ (наименование учреждения)

_____ (Ф.И.О. директора)
Родителей

_____ (Ф.И.О. матери)

Место регистрации: _____

Телефон (эл.почта) _____

Паспорт: серия _____, № _____

Выдан: _____

_____ (Ф.И.О. отца)

Место регистрации: _____

Телефон (эл.почта) _____

Паспорт: серия _____, № _____

Выдан: _____

Заявление

Прошу зачислить нашего/моего ребенка (сына, дочь) _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ в _____ класс Вашей школы.

Окончил(а) _____ классов _____ школы

_____ (наименование и место расположения школы)

Изучал(а) _____ язык (при приеме в 1 класс не указывается).

Имею право на зачисление: внеочередное, первоочередное, преимущественное (нужное подчеркнуть).

Имею право на зачисление на основании: _____

Указать о **потребности 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

Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) **да / нет** (нужное подчеркнуть).

С Уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, основными образовательными программами, реализуемыми образовательным учреждением, другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся МБОУ Перелазской СОШ ознакомлены.

_____ (подпись)

_____ (подпись)

«__» _____ 20__ г.

