

Регистрационный номер _____

Директору муниципального
бюджетного общеобразовательного учреждения
Средняя общеобразовательная школа № 2 имени Героя
Советского Союза Бориса Митрофановича Ляха
г. Туапсе муниципального образования Туапсинский
район К.Ю. Исаевой

(ФИО родителя (законного представителя) ребенка (полностью))

Адрес фактического проживания: _____

(индекс, адрес полностью)

тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

дата рождения (полностью),

адрес места жительства: _____

и (или) адрес места пребывания: _____

в МБОУ СОШ № 2 им. Б.М. Ляха г. Туапсе в _____ класс.

Ф.И.О. матери _____

(адрес места жительства и (или) адрес места пребывания)

(телефон)

(адрес электронной почты)

Ф.И.О. отца _____

(адрес места жительства и (или) адрес места пребывания)

(телефон)

(адрес электронной почты)

Наличие права первоочередного или преимущественного приема _____

Потребность ребенка (поступающего) в обучении по адаптированной образовательной программе (АОП) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с _____ ОВЗ и _____ (или) _____ инвалидностью

Согласие родителей (законных представителей) в обучении по АОП _____

Язык образования _____ Родной язык _____

(дата)

(подпись)

(дата)

(подпись)

С уставом ОООД, лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации гимназии, с образовательными программами, реализуемыми ОООД, и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен(а).

(дата)

(подпись)

(дата)

(подпись)

Даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

(дата)

(подпись)

(дата)

(подпись)

Дата приема заявления _____

ОБРАЗЕЦ