

Индивидуальный номер _____

Директору МОБУ СОШ № 9
им. И.Ф. Константинова г. Лабинска
Шилову С.В.
родителя (законного представителя)
Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить в _____ класс
МОБУ СОШ № 9 им. И.Ф. Константинова г. Лабинска моего ребёнка

Фамилия, имя, отчество ребенка

Дата рождения ребёнка _____

Место рождения ребёнка _____

Адрес места регистрации ребёнка _____

Адрес фактического проживания ребёнка _____

Сведения о родителях:

Мать _____

(Ф.И.О.)

Адрес места жительства _____

Телефон _____ Электронная почта _____

Отец _____

(Ф.И.О.)

Адрес места жительства _____

Телефон _____ Электронная почта _____

На основании статьи 14 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» прошу организовать для моего ребёнка обучение на _____

(указать на каком языке)

Прошу организовать изучение родного русского языка —

другое _____

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приёма

(указать основание)

Потребности поступающего в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитании _____

(да, основание)

(нет)

С Уставом МОБУ СОШ № 9 им. И.Ф. Константинова г. Лабинска, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами и документами, регламентирующими организацию и осуществление деятельности, правами и обязанностями обучающихся ознакомлены.

Даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных моего ребёнка.

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата подачи заявления)

(подпись)

(Ф.И.О.)