

Директору
МБОУ СОШ № 43 г. Ставрополя
имени Героя Российской Федерации В.Д. Нужного
Т.В. Измайловой

_____,
(ФИО заявителя)

зарегистрированного(ой) по адресу:

проживающего(ей) по адресу:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить в _____ класс МБОУ СОШ № 43 г. Ставрополя имени Героя РФ
номер класса

В.Д. Нужного моего ребенка _____

_____ указать ФИО ребенка

Дата рождения ребенка: « _____ » _____ 20__ г.

Свидетельство о рождении ребенка: серия _____ № _____,
выдано _____

_____ « _____ » _____ 20__ г.

Адрес регистрации ребенка: _____

Адрес проживания ребенка: _____

Из какого образовательного учреждения прибыл ребенок: _____

Родители (законные представители) ребенка

Мать:

ФИО _____

Адрес
регистрации _____

Адрес
проживания _____

Контактный телефон _____

Адрес электронной
почты _____

Отец:

ФИО _____

Адрес
регистрации _____

Адрес
проживания _____

Контактный телефон _____

Адрес электронной
почты _____

Иной законный представитель ребенка (усыновитель, опекун)

ФИО _____

Адрес регистрации _____

Адрес проживания _____

Контактный телефон _____

Адрес электронной почты _____

Уведомляю о потребности _____ моего ребенка в обучении по адаптированной
Да/Нет

образовательной программе в соответствии с заключением психоло-медико-педагогической комиссии.
Даю согласие на обучение моего ребенка по адаптированной образовательной программе.

« ____ » _____ 20 ____ г.

подпись заявителя

На основании статьи 14 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» прошу организовать для моего ребенка обучение на русском языке и изучение родного русского языка и литературного чтения на родном русском языке/родной русской литературы.

« ____ » _____ 20 ____ г.

подпись заявителя

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, уставом школы, с образовательными программами и документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся ОЗНАКОМЛЕН(А).

« ____ » _____ 20 ____ г.

подпись заявителя

ДАЮ СОГЛАСИЕ на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, персональных данных родителей (законных представителей) и ребенка, указанных в заявлении.

« ____ » _____ 20 ____ г.

подпись заявителя

Я, обязуюсь предоставить в МБОУ СОШ № 43 г. Ставрополя имени Героя РФ В.Д. Нужного медицинскую карту несовершеннолетнего ребенка (оформленную надлежащим образом) до 01.09.2024г.

« ____ » _____ 20 ____ г.

подпись заявителя

Приложения к заявлению:

1. Копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) ребенка или поступающего.
2. Копия свидетельства о рождении ребенка или документа, подтверждающего родство заявителя.
3. Копия свидетельства о рождении полнородных и неполнородных брата и (или) сестры (в случае использования права преимущественного приема на обучение по образовательным программам начального общего образования ребенка в государственную или муниципальную образовательную организацию, в которой обучаются его полнородные и неполнородные брат и (или) сестра).
4. Копия документа, подтверждающего установление опеки или попечительства (при необходимости).
5. Копия документа о регистрации ребенка или поступающего по месту жительства или по месту пребывания на закрепленной территории или справку о приеме документов для оформления регистрации по месту жительства (в случае приема на обучение ребенка или поступающего, проживающего на закрепленной территории).
6. Копии документов, подтверждающих право первоочередного приема на обучение по основным общеобразовательным программам или преимущественного приема на обучение по образовательным программам основного общего и среднего общего образования.
7. Копия заключения психолога-медико-педагогической комиссии (при наличии).