

Регистрация заявления

Врио Директора
МБОУ СОШ № 2 им. В.Каширина
Ю.А. Пичугиной

№ _____ « ____ » _____ 2025 г.

(Ф.И.О родителя ребенка (законного
представителя))

время _____ час _____ мин.

Принять в МБОУ СОШ № 2
им. В. Каширина

контактные телефоны _____

Врио директора МБОУ СОШ № 2
им. В.Каширина Пичугина Ю.А.

адрес электронной почты _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка в _____ класс в порядке перевода из

(указать наименование учреждения)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____

Адрес места жительства _____

Сведения о родителях:

Мать _____

номер телефона _____

Адрес места жительства _____

Отец _____

номер телефона _____

Адрес места жительства _____

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема _____

Потребность 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 _____
(да/ нет)

Согласие родителя (ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения указанного поступающего по адаптированной образовательной программе) _____

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации _____

С Уставом школы, лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, ознакомлен(а) _____ (подпись)

Согласие _____ на _____ обработку _____ персональных _____ данных _____ прилагается.

(дата)

(подпись родителя ребенка (законного представителя))