

Директору МБОУ лицея № 9 г.Сальска
Иванченко О.В.

Ф.И.О родителя

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка (Ф.И.О) _____

в _____ класс.

Дата рождения « ____ » _____ Г.

Адрес места жительства ребенка _____

Родители:

Отец: ФИО _____

Адрес места жительства _____

Телефон _____

Email _____

Мать: _____

Адрес места жительства _____

Телефон _____

Email _____

Наличие права внеочередного, первоочередного или
преимущественного прием _____

Потребность 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 представителя) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе)_____

Язык образования _____

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации(в случае реализации права на изучение родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка)_____

« _____ » _____ г. Подпись _____

С уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся лица ознакомлен, даю согласие на обработку моих персональных данных и моего ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Подпись _____.