

Учетный номер_____

Директору МБОУ СОШ № 17 г. Азова
Страмаус Е.А.

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

заявление

Прошу зачислить в _____ класс МБОУ СОШ № 17 г. Азова моего ребенка

_____ (Ф.И.О. ребенка)

Дата рождения ребенка_____

Место проживания ребенка (фактическое):_____

Место регистрации ребенка (если не совпадает с адресом
проживания):_____

Сведения о родителях (законных представителях)

Мать (законный представитель): ФИО_____

Место проживания:_____

Тел._____

Отец (законный представитель): ФИО_____

Место проживания:_____

Тел._____

Сведения о наличии права внеочередного, первоочередного или преимущественного
приема_____

Сведения о потребности в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе
и(или) создании специальных условия для организации
обучения_____

Согласен на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае
необходимости обучения по адаптированной образовательной программе)

«____» 20__ года

_____ (подпись)

В соответствии со статьями 14,44 Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в
Российской Федерации» прошу организовать для моего ребенка обучение на русском и изучение
родного русского языка и литературного чтения/ литературы на родном русском языке.

«____» 20__ года

_____ (подпись)

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной
аккредитации, уставом МБОУ СОШ № 17 г. Азова, образовательной программой и другими
документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности,
права и обязанности обучающихся ознакомлен.

«____» 20__ года

_____ (подпись)

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

«____» 20__ года

_____ (подпись)