

Регистрационный № _____
« ____ » _____ 2021г.

Зачислить в _____ класс

Директор МБОУ «СОШ №169»

_____ Б.К. Козырева

Директору МБОУ «СОШ №169»
Козыревой Бэлле Калсыновне
родителя (законного представителя),
Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
зарегистрированной (ого) по адресу:

проживающей (его) по адресу: _____

контактный телефон: _____

адрес электронной почты: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас принять моего(ю) сына (дочь) _____
(фамилия, имя, отчество ребенка)

_____ (число, месяц, год рождения)

_____ (адрес регистрации ребенка)
в первый класс МБОУ «СОШ № 169».

_____ (адрес места проживания ребенка)

Язык образования _____.

Изучение родного _____ языка и литературного чтения (литературы) на родном _____ языке.

Информация о наличии права первоочередного или преимущественного приема _____

/дата/

/личная подпись заявителя/расшифровка/

С уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами и локальными актами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся МБОУ «СОШ №169», ознакомлен(а).

/дата/

/личная подпись заявителя/расшифровка/

Согласен(а) на обработку своих персональных данных и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

/дата/

/личная подпись заявителя/расшифровка/

Согласен(а) на внесение информации обо мне и о ребенке в базу данных КИАСУО («Краевая информационная автоматизированная система управления образования»), функционирующую в системе регионального образования с использованием программного обеспечения. С перечнем сведений, собираемых и используемых в КИАСУО, с целями сбора, хранения и использования персональных данных согласен(а).

/дата/

/личная подпись заявителя/расшифровка/

Информация о потребности ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающихся с ОВЗ в соответствии с заключением ПМПК (при наличии) или ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации _____.

С организацией обучения моего ребенка по АОП согласен(на) _____

/дата/ /личная подпись заявителя/расшифровка/

В случае принятия решения об отказе в приеме прошу проинформировать меня (выбрать способ информирования - подчеркнуть) по электронной почте, по почте на указанный адрес проживания, при личном обращении.