

Регистрационный номер _____

Директору
муниципального казённого общеобразовательного учреждения
«СОШ с.Серафимовка» Ольгинского района Приморского края _____

_____ родителя (законного представителя),
нужное подчеркнуть

ФИО _____

_____ проживающего по адресу

улица _____

дом _____ квартира _____

Телефон _____

E-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить в _____ класс муниципального казённого общеобразовательного учреждения «Средняя общеобразовательная школа с. Серафимовка» Ольгинского района Приморского края с 1 сентября 20__ года моего ребенка _____

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения ребёнка «__» _____ г.

Место рождения ребёнка _____

Ребенок посетил дошкольное учреждение _____

Адрес регистрации ребёнка _____

Адрес пребывания ребёнка _____

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приёма _____

Потребность ребёнка или поступающего в обучении по адаптированной образовательной программе _____

(указать какой) _____

Потребность в создании специальных условий обучения и воспитания обучающегося с ОВЗ _____

Согласие родителей (законных представителей) на обучение ребёнка по адаптированной образовательной программе _____

Согласие поступающего на обучение ребёнка по адаптированной образовательной программе _____

Язык образования (в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации или на иностранном языке) _____