Директору

МБОУ СОШ №39

им.Т.С. Дзебисова

КОЧИЕВОЙ И.С.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрированного по адресу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление

Прошу принять в \_\_\_\_\_ класс МБОУ СОШ №39 им.Т.С. Дзебисова моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

Дата рождения ребенка "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г., место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. К заявлению прилагаю следующие документы:
2. Копию паспорта одного из родителей (законных представителей)
3. Копию свидетельства о рождении.
4. Свидетельство о регистрации по месту жительства.
5. Медицинская карта

С Уставом ОУ, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации ОУ, правилами внутреннего распорядка обучающихся, с локальными актами, регламентирующими организацию образовательного процесса и правоотношения его участников, ознакомлен(а) и согласен(а) на соблюдение установленных ОО требований и положений.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

На обработку персональных данных родителей (законных представителей) и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации согласен ( не согласен)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.