Директору МБОУ Капыревщинской СШ
Н.С.Потяговой

(Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) родителя
(законного представителя) ребенка или поступающего

(адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителя
(законного представителя) ребенка или поступающего

(адрес электронной почты, номер телефона (при наличии) родителя
(законного представителя) ребенка или поступающего

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка или поступающего

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))

(дата рождения ребенка или поступающего, адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка или поступающего)

в _____ класс МБОУ Капыревщинской СШ по очной (очно-заочной, заочной) форме обучения (нужное подчеркнуть).

С Уставом, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, сведениями о дате предоставления и регистрационном номере государственной аккредитации образовательной деятельности по реализуемым образовательным программам и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен (а) _____

Выбираю язык образования _____, изучаемый родной язык _____ (для приема на обучение по образовательным программам начального общего и основного общего образования)

Согласен (на) на хранение и обработку его и моих персональных данных.

Согласен / не согласен на проведение психологических, психолого-педагогических обследований ребенка (нужное подчеркнуть).

Имеет /не имеет (нужное подчеркнуть) ребенок или поступающий право внеочередного, первоочередного или преимущественного приема на обучение.

Согласен (на) на обучение ребенка или поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет, на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения по адаптированной образовательной программе) _____.

_____ 20 ____ года