

Директору
МКОУ «СОШ №2 им.Х.М.Шогенова» г.п.Чегем
(наименование учреждения)
Кабжихову А.Л.

(ФИО родителя (законного представителя))

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас принять моего ребенка _____
_____ в ___ класс вверенного Вам учреждения
(ФИО ребенка)

Дата рождения ребенка _____

Адрес места жительства/места пребывания _____

Ф.И.О. матери _____

Адрес места жительства/ места пребывания _____

Адрес эл.почты, номер телефона _____

Ф.И.О. отца _____

Адрес места жительства/ места пребывания _____

Адрес эл.почты, номер телефона _____

Наличие льгот(какие) _____

Наличие потребности ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания _____

Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей)) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) _____

Язык образования: _____

Родной язык: _____

Государственный язык Кабардино-Балкарской Республики (в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственных языков Кабардино-Балкарской Республики) _____

С Уставом Учреждения, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся **ознакомлен(ы):** _____

Согласно ч.1 ст.6 ФЗ от 27.07.06 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных (согласие на обработку персональных данных прилагается)

(Дата)

(Подпись заявителя)