

Зачислить в _____ класс
Директор КГОБУ
Уссурийская КШ
_____ Н.Е.Семенова
« ____ » _____ 20 ____ г.

Директору КГОБУ Уссурийская КШ
Н.Е.Семеновой

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ проживающего (ей) по адресу:

Телефон _____

Заявление

Прошу принять моего(ю) сына (дочь) на обучение по АООП для умственно отсталых детей в _____ класс КГОБУ Уссурийская КШ.

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____
2. Дата рождения ребенка _____
3. Место рождения ребенка _____
4. Адрес места регистрации ребенка _____
5. Адрес фактического проживания ребенка _____
6. Язык образования _____
7. Право внеочередного, первоочередного или преимущественного приема _____
8. Потребность в специальных условиях для организации обучения и воспитания в соответствии с заключением ПМПК, ИПР _____

Сведения о родителях (законных представителях) ребенка

Мать

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Место работы _____
Должность _____
Телефон _____
Адрес места регистрации _____
Адрес фактического проживания _____

Отец

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Место работы _____
Должность _____
Телефон _____
Адрес места регистрации _____
Адрес фактического проживания _____

« ____ » _____ 20 ____ г. _____
Подпись _____ расшифровка подписи

С Уставом школы, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством об аккредитации, с основными образовательными программами, реализуемыми КГОБУ Уссурийская КШ и другими документами, регламентирующими организацию общеобразовательного процесса, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен (а)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____
Подпись _____ расшифровка подписи

Даю согласие на обработку персональных данных родителей (законных представителей) и персональных данных ребёнка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____
Подпись _____ расшифровка подписи

Доставку в школу и обратно организуем самостоятельно

_____ Подпись

_____ расшифровка подписи