

Директору  
Муниципального казенного общеобразовательного учреждения  
Балаганкинская основная общеобразовательная школа  
Бутаковой Екатерине Николаевне

от \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

(область, район, населенный пункт, улица, № дома, квартира)

Телефон: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Заявление № \_\_\_\_\_

Прошу принять \_\_\_\_\_,  
(ФИО ребенка)

Дата рождения: \_\_\_\_\_,

Место рождения: \_\_\_\_\_,  
(область, район, населенный пункт)

Адрес место регистрации: \_\_\_\_\_

(область, район, населенный пункт, улица, № дома, квартира)

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

(область, район, населенный пункт, улица, № дома, квартира)

в \_\_\_\_\_ класс Вашей образовательной организации.

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации образовательной организации, уставом образовательной организации, основными образовательными программами, реализуемыми образовательной организацией, и другими документами, регламентирующими организацию образовательного процесса, ознакомлен (а).

Настоящим заявлением подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных на ребенка,

\_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка)

в порядке, установленном законодательством российской Федерации. Согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

На основании статьи 14 федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» прошу организовать для моего ребенка

\_\_\_\_\_  
обучающегося \_\_\_\_\_ класса, изучение предметов на родном \_\_\_\_\_ языке и изучение родного языка и литературного чтения на родном русском языке на период обучения в МКОУ Балаганкинская ООШ.

Нуждается ли в потребности ребенка или поступающего в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медикопедагогической комиссии (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

Законный представитель (кем приходится) \_\_\_\_\_

1. Фамилия \_\_\_\_\_
2. Имя \_\_\_\_\_
3. Отчество \_\_\_\_\_
4. Образование \_\_\_\_\_
5. Телефон служебный \_\_\_\_\_
6. Телефон мобильный \_\_\_\_\_
7. Место работы \_\_\_\_\_
8. Адрес место регистрации \_\_\_\_\_
9. Электронная почта \_\_\_\_\_

Законный представитель (кем приходится) \_\_\_\_\_

- 1.Фамилия \_\_\_\_\_
- 2.Имя \_\_\_\_\_
- 3.Отчество \_\_\_\_\_
- 4.Образование \_\_\_\_\_
- 5.Телефон служебный \_\_\_\_\_
- 6.Телефон мобильный \_\_\_\_\_
- 7.Место работы \_\_\_\_\_
- 8.Адрес место регистрации \_\_\_\_\_
- 9.Электронная почта \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ