

Директору МБОУ города Коврова
«Гимназия №1 имени А.Н.Барсукова»
Пронину Роману Юрьевичу

фамилия _____

имя _____

отчество _____

адрес регистрации по месту жительства: _____

адрес регистрации по месту пребывания: _____

телефон _____

адрес электронной почты: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего (мою) сына (дочь) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка/поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет)

дата рождения: « _____ » _____ года,

адрес регистрации по месту жительства: _____

адрес регистрации по месту пребывания: _____

наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема: _____

(указать наличие/отсутствие, вид, основание)

в _____ класс МБОУ города Коврова «Гимназия № 1 им. А.Н.Барсукова».

Потребность 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-медико-педагогической комиссии (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации: _____

(имеется/не имеется)

Согласен(на) на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) _____.

(подпись родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей)) ребенка)

Согласен(на) на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения указанного поступающего по адаптированной образовательной программе) _____

(подпись поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет)

С уставом гимназии, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации организации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен(а) _____.

(подпись)

Согласен(на) на обработку своих персональных данных и персональных данных ребенка в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о персональных данных _____

(подпись родителя(ей) законного(ых) представителя(ей) ребенка/поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет)

Согласны на все виды психолого-педагогической диагностики в течение всех лет обучения.

Дата: _____

Подпись: _____

(подпись)

(фамилия, инициалы)