Директору МБОУ Гимназия №1 Красновой Ирине Александровне
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:
Olingo populatnovihi no Mostiv inoficipalina
адрес регистрации по месту пребывания:
наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема:
приема: (указать наличие/отсутствие, вид, основание)
в класс МБОУ города Коврова «Гимназия № 1 им. А.Н.Барсукова».
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: ——————————————————————————————————
Согласен(на) на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе)
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)
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)
Согласен(на) на обработку своих персональных данных и персональных данных ребенка н
соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о персональных
(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: