Директору

муниципального казенного общеобразовательного

учреждения

«Хучнинская средняя общеобразовательная школа №2»

П.С.Султанову

от

Фамилия Имя Отчество родителя

документ, удостоверяющий личность:

Тип

Серия №

Дата выдачи

Место выдачи

Адрес регистрации:

Почтовый индекс:

Село:

Район:

ул.

телефон: моб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять моего ребенка

Фамилия Имя Отчество РЕБЕНКА

пол: *женский/мужской*

(ненужное вычеркнуть)

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в 1 (первый) класс МКОУ «Хучнинская средняя общеобразовательная школа № 2»

С Уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации школы основными образовательными программами и др. документами, регламентирующими организацию образовательного процесса, правилами приема ознакомлен(а).

Даю свое согласие на обработку и использование моих персональных данных и данных моего ребенка, согласно ст. 9 ФЗ 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» от (далее – Закон), в целях, определенных Уставом школы, различными способами, в том числе путем осуществления автоматизированного анализа персональных данных, до окончания обучения моего ребенка в данном образовательном учреждении.

К заявлению прилагаю следующие документы:

* Медицинская карта
* документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя);
* документ, удостоверяющий личность ребенка;
* свидетельство о регистрации ребенка по месту жительства;
* документ, подтверждающий законность пребывания ребенка в РФ (для иностранных граждан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г ( )

подпись расшифровка подписи

Главе муниципального района « Табасаранский район»

Курбанову М. С.

от

Фамилия Имя Отчество родителя

документ, удостоверяющий личность:

Тип

Серия №

Дата выдачи

Место выдачи

Адрес регистрации:

Почтовый индекс:

Село:

Район:

ул.

телефон: моб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу разрешить обучение в 1 классе по образовательной программе начального общего образования в более раннем/позднем возрасте

Фамилия Имя Отчество РЕБЕНКА

пол: *женский/мужской*

(ненужное вычеркнуть)

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На начало 20\_\_/20\_\_\_уч. года ребенку исполнится полных \_\_\_ лет \_\_\_ мес.

Отсутствие медицинских противопоказаний для обучения в боле раннем /позднем возрасте подтверждаю справкой Табасаранского ЦРБ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

С условиями и режимом организации образовательной деятельности ознакомлена и согласна.

Даю согласие на обработку моих персональных данных и данных моего ребенка в соответствии с действующим законодательством.

К заявлению прилагаются (указать прилагаемые документы):

1.копия документа удостоверяющего личность родителя,

2.копия свидетельства рожд. ребенка,

3.Свидетельство о регистрации ребенка по месту жительства,

4.Медицинская справка,

5.Заключение психолога школьного.

6.Согласие на обработку персональных данных.

О результате рассмотрения заявления прошу сообщить:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г ( )

подпись расшифровка подписи