

№ _____ « _____ » _____ 20 _____ г.
Решение руководителя

(подпись)

Директору
МБОУ «Завьяловская СОШ
им. Героя Советского Союза
Комарова Г.В.»

Тимовой, Н.Т.
от Ивановой

Ирина Ивановна

Проживающего по адресу: д. 1
с. Завьяловка ул. Широкая

Телефон: 89221112221

E-mail: Ivanova@yandex

Вид документа: паспорт

Серия xxxx № xxxxxx

Кем и когда выдан отделом

УФМС России по

_____ " _____ 20__

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить на очную форму получения образования в 1
(очная, заочная, очно-заочная)

класс ребенка или поступающего Иванова Ивана Ивановича
(ФИО (при наличии))

Дата рождения ребенка 01.09.2018г

Адрес места жительства ребенка с. Завьяловка ул. Широкая, д. 1

Адрес места пребывания ребенка с. Завьяловка ул. Широкая, д. 1

Сведения о родителях (законных представителях):

Мать Иванова Ирина Ивановна

Контактный телефон 89221112221

Отец Иванов Иван Петрович

Контактный телефон 89223334443

Адрес места жительства законных представителей
с. Завьяловка ул. Широкая, д. 1

Потребность ребенка 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

не имеется

(имеется / не имеется)

Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе)

(согласен / не согласен)

