

И.О начальника управления
образования администрации
муниципального образования
Тимашевский район

Волошиной Т.П.

ФИО родителя (законного представителя)
проживающего по адресу:

паспорт _____
серия и номер

выдан _____

№ телефона _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу разрешить прием в 1 класс муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школе № 12 имени Героя Советского Союза Покрышкина Александра Ивановича муниципального образования Тимашевский район

(наименование МБОУ)

моего ребенка _____

(ФИО ребенка, число, месяц, год рождения)

зарегистрированного по адресу: _____

проживающего по адресу: _____

На 01.09.20____ ребенку исполнится полных _____ лет _____ мес.

Отсутствие медицинских противопоказаний для обучения в более раннем возрасте, наличие медицинских показаний для обучения в более позднем возрасте (*нужное подчеркнуть*)

подтверждаю справкой от «_____» _____ 20____ г.

(наименование медицинского учреждения)

С условиями и режимом организации образовательного процесса в МБОУ СОШ № 12 ознакомлен (а) и согласен (на).

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

«___» _____ 20____ / _____

