Директору
МБОУ г.Астрахани «СОШ №53»
Волынкиной Т.А.
от_____
_____
(ФИО родителя (законного представителя) ребенка)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить моего ребенка
_____
_____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью)
«_____» _____20_____года рождения, свидетельство о рождении ребенка_____
_____
(реквизиты свидетельства о рождении ребенка)
в группу общеразвивающей/компенсирующей/комбинированной/оздоровительной направленности (нужное подчеркнуть)
с _____ часовым режимом пребывания ребенка с «_____» _____20_____года.
(желаемая дата приема)

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) **родителей**(законных представителей) **ребенка:**_____
_____,
_____
(реквизиты документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя)
_____
(реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка:
_____
_____
Адрес электронной почты, номер телефона (при наличии) родителей (законных представителей) ребенка:
_____
_____

Язык образования_____

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации (в том числе русский язык как родной язык)_____

Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)_____
(имеется/не имеется)
_____
(при наличии указать потребность)

С Уставом **МБОУ г.Астрахани «СОШ №53»,**, лицензией на осуществление образовательной деятельности и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, ознакомлен.

Прилагаемые документы (перечислить):
1._____
2._____
3._____
4._____
5._____

«___» _____ 20____ г. _____
(подпись заявителя)

Директору
МБОУ г.Астрахани «СОШ №53»
Волынкиной Т.А.
от_____
_____
(ФИО родителя (законного представителя) ребенка)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас временно зачислить моего ребенка
_____
_____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью)
«_____» _____20_____года рождения, свидетельство о рождении ребенка_____
_____
(реквизиты свидетельства о рождении ребенка)
в группу общеразвивающей/компенсирующей/комбинированной/оздоровительной направленности (нужное подчеркнуть)
с _____ часовым режимом пребывания ребенка с «_____» _____20_____года.
(желаемая дата приема)

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) **родителей**(законных представителей) **ребенка:**_____
_____,
_____
(реквизиты документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя)
_____
(реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка:
_____
_____
Адрес электронной почты, номер телефона (при наличии) родителей (законных представителей) ребенка:
_____
_____

Язык образования_____

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации (в том числе русский язык как родной язык)_____

Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)_____
(имеется/не имеется)
_____
(при наличии указать потребность)

С Уставом **МБОУ г.Астрахани «СОШ №53»,**, лицензией на осуществление образовательной деятельности и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, ознакомлен.

Прилагаемые документы (перечислить):
1._____
2._____
3._____
4._____
5._____

«___» _____ 20____ г. _____
(подпись заявителя)