

Директору
МКОУ «Востровская СШ»
Гушину А. Г.

(Ф.И.О. заявителя)
Проживающего _____

тел. _____

Прошу принять моего ребёнка

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребёнка или поступающего)

в _____ класс МКОУ «Востровская СШ»

Дата рождения ребёнка или поступающего _____

Адрес места жительства ребёнка или поступающего _____

Адрес места пребывания ребёнка или поступающего _____

Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребёнка _____

Адрес места жительства родителя (законного представителя) ребёнка _____

Адрес места пребывания родителя (законного представителя) ребёнка _____

Адрес электронной почты, номер телефона (при наличии) родителя (законного представителя) ребёнка или поступающего _____

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приёма _____

Потребность ребёнка или поступающего 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 (ребёнка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации _____

Согласен на обучение ребёнка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребёнка по адаптированной образовательной программе _____

Согласен на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения указанного поступающего по адаптированной образовательной программе достигшего возраста восемнадцати лет) _____