

Директору МБОУ СОШ с.Завальное
Поповой Н.В.

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

(паспорт серия, номер,)

(когда и кем выдан)

заявление.

Прошу принять моего ребенка _____
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) ребенка)

_____ (дата рождения ребенка)

_____ (серия, номер, дата выдачи свидетельства о рождении)

_____ (адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка)

на обучение по образовательной программе дошкольного образования

((основная адаптированная образовательная программа дошкольного образования для детей с нарушением слуха (слабослышащие и позднооглохшие дети), адаптированная образовательная программа дошкольного образования для детей с нарушениями слуха (глухие дети), адаптированная образовательная программа дошкольного образования для детей с нарушениями слуха (слабослышащие дети с легкой умственной отсталостью, адаптированная образовательная программа дошкольного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья (с общим недоразвитием речи))

в группу _____ направленности
(общеразвивающая, компенсирующая, оздоровительная, комбинированная)

с режимом пребывания _____

с

_____ дата приема

Специальные условия для организации обучения и воспитания _____

(указать требуется/не требуется)

Сведения о родителях (законных представителях) ребенка

	МАТЬ	ОТЕЦ
ФИО		
Номер телефона		
Адрес электронной почты		

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)

Язык образования _____

В целях реализации прав, установленных частью 4 статьи 14, частью 3 статьи 44 Федерального закона от 29.12.2012г. №273-ФЗ «Об образовании в российской Федерации», прошу предоставить возможность получения моим ребенком дошкольного образования на родном _____ языке из числа языков народов Российской Федерации.

Наличие потребности 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) _____

(да, нет)

_____ (подпись заявителя)

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, распорядительным актом о закрепленной территории ознакомлен(ы).

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ (_____)

(подпись мать) (фамилия, имя, отчество)

_____ (_____)

(подпись отец) (фамилия, имя, отчество)

Регистрационный номер заявления _____ Приказ № _____

Расписку о приеме документов получил. Дата _____ Подпись _____