

Директору муниципального бюджетного  
общеобразовательного учреждения средней  
общеобразовательной школы № 4  
города Ставрополя  
М.А. Сурковой

\_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

проживающего(ей) по адресу:

\_\_\_\_\_  
заявление.

Прошу Вас принять на обучение в \_\_\_\_\_ класс МБОУ СОШ № 4 моего ребенка

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ребенка полностью

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (пребывания) ребенка \_\_\_\_\_

Сведения о родителях (законных представителях):

Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_ эл. почта \_\_\_\_\_

Место жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество отца \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_ эл. почта \_\_\_\_\_

Место жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

Выбираю язык образования \_\_\_\_\_

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а).

ДАЮ СОГЛАСИЕ на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, персональных данных родителей и ребенка, указанных в заявлениях.

<p><b>ИМЕЮ</b> право первоочередного, преимущественного приема на обучение</p> <p><input type="checkbox"/> ДА                      <input type="checkbox"/> НЕТ</p>	<p>Ребенок <b>имеет</b> потребность в обучении по АОП и в создании специальных условий для обучающихся с ОВЗ и инвалидов</p> <p><input type="checkbox"/> ДА                      <input type="checkbox"/> НЕТ</p>
---	---

«    » \_\_\_\_\_ 202 г.

\_\_\_\_\_  
Подпись,

\_\_\_\_\_  
расшифровка