

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 \_\_\_\_\_

Выбираю для изучения родной язык \_\_\_\_\_

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.

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

« » \_\_\_\_\_ 2023 г.

\_\_\_\_\_  
Подпись,

\_\_\_\_\_  
расшифровка