

Приложение 2

Форма заявления утверждена

приказом директора школы

от 26.09.2020 № 192

Директору

Муниципального бюджетного
образовательного

учреждения «Средняя общеобразовательная
школа п. Опытный»

Цивильского района

Чувашской Республики _____

*фамилия, имя, отчество родителя(законного
представителя)*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка _____

фамилия, имя, отчество ребенка

дата рождения ребенка

адрес места жительства или адрес места пребывания ребенка

Сведения о родителях (законных представителях) ребенка:

Отец (законный представитель) ребенка

фамилия

имя, отчество

(последнее – при наличии)

Адрес места жительства(пребывания): _____

контактный телефон: _____

адрес электронной почты _____

Мать (законный представитель) ребенка

фамилия

имя, отчество

(последнее – при наличии)

Адрес места жительства(пребывания): _____

контактный телефон: _____

адрес электронной почты _____

Фамилия(-ии), имя (имена), отчество(-а) (последнее - при наличии) полнородных и неполнородных братьев и (или) сестер , обучающихся в МБОУ « СОШ п.Опытный»

Сведения о потребности ребенка в обучении по АОП или в создании специальных условий _____

Согласие родителя или поступающего(с 18 лет) на обучение по АОП _____

В целях реализации прав, установленных частью 3 статьи 44 Федерального закона от 29.12.2012г № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», на выбор языка, языков образования, выбираю для своего ребенка с учетом мнения ребенка и

прошу организовать обучение на _____ языке,

прошу организовать изучение родного _____ языка как предмета

прошу организовать изучение государственного языка Чувашской Республики Российской Федерации _____

С уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами, локальными нормативными актами МБОУ « СОШ п.Опытный», регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, ознакомлен(а).
