

**Муниципальное казенное общеобразовательное учреждение
городского округа Королев Московской области «Школа-интернат для
обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»**

141091, г. Королев М.О.
мкр. Первомайский, ул. Горького, дом 16

тел.(факс) 515-40-75, 515-41-24

Директору МКОУ ШИ
Трифоновой Е.В.
от родителя/законного представителя,
поступающего (нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество при наличии) родителя (законного
представителя) ребенка, поступающего полностью),
паспорт, выдан (серия, номер) (дата выдачи и орган, выдавший
документ), зарегистрированного(ой) по адресу,

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить в _____ класс

Ф. _____ И. _____ О. _____
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка/поступающего полностью) Дата
рождения ребенка/поступающего _____ (число,
месяц, год рождения)

Адрес места жительства ребенка/поступающего: _____ область
город _____ улица _____ дом _____ квартира _____
(при наличии) и (или) адрес места пребывания ребенка/поступающего:
_____ область город _____ улица
_____ дом _____ квартира _____ (при наличии)

Ф.И.О. матери _____
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) полностью)

Адрес места жительства матери и (или) адрес места пребывания

(область, город, улица, дом, квартира (при наличии))

Контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии)

Ф.И.О. отца _____
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) полностью) Адрес места жительства отца
и (или) адрес места пребывания

(область, город, улица, дом, квартира (при наличии))

Контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии)

Иной законный представитель ребенка:

Ф.И.О. _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) полностью)

Адрес места жительства законного представителя и (или) адрес места пребывания

(область, город, улица, дом, квартира (при наличии))

Контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии)

Потребность ребенка 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 Московской области или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации _____

Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе, согласие поступающего, достигшего возраста 18 лет на обучение по адаптированной образовательной программе

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /

(подпись)

(Фамилия И.О.)

К заявлению прилагаю следующие документы:

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

Согласен (на) на обработку, включая систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, уничтожение моих персональных данных и персональных данных моего ребенка.

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____