

Регистрационный № _____
от « _____ » _____ 20 _____ г.

Директору Муниципального бюджетного
общеобразовательного учреждения средней
общеобразовательной школы с.Варварино
Тамалинского района Пензенской области
имени Героя Советского Союза А.И.Дёмина
Кабалиной Татьяне Владимировне _____

(фамилия, имя, отчество руководителя)

от _____
(фамилия, имя, отчество заявителя, законного представителя ребенка)

Тип _____
(документ, удостоверяющий личность)

Серия _____ № _____

Дата выдачи _____

Место выдачи _____

Адрес регистрации:

Государство _____

Почтовый индекс _____

область, город _____

район _____

улица _____

дом № _____ квартира _____

контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребёнка _____

(фамилия, имя, отчество- при наличии)

пол: женский/мужской, дата и место рождения _____

_____, проживающего по адресу: _____

_____ улица _____ дом № _____ кв. _____,
месторегистрации _____

_____ в _____ класс МБОУ СОШ с.Варварино Тамалинского района Пензенской области
имени Героя Советского Союза А.И.Дёмина.

Отец (Ф.И.О.), место работы, должность, рабочий/ контактный телефон _____

Мать (Ф.И.О.), место работы, должность, рабочий/ контактный телефон _____

С Уставом, Лицензией на право осуществления образовательной деятельности,
Свидетельством о государственной аккредитации, Правилами приёма в школу и порядке подачи
апелляции, Локальными актами, нормативно-правовыми документами, регламентирующими
организацию учебно-воспитательного процесса, образовательными программами, реализуемыми в
школе ознакомлен и проинформирован.

« _____ » _____ 20 _____ года _____ (_____)
подпись _____ расшифровка подпись _____

Даю свое согласие на обработку и использование моих персональных данных и данных моего
ребёнка в порядке, установленном законодательством РФ

« _____ » _____ 20 _____ года _____ (_____)
подпись _____ расшифровка подпись _____