

Начальнику управления образования и молодежной политики администрации муниципального образования Абинский район
Клочану Н.С.

родителя (законного представителя)
(Ф.И.О. заявителя,

зарегистрированного по адресу:

Контактный телефон: _____
эл. почта: _____

Заявления
о приеме ребенка в первый класс

Прошу разрешить обучение в первом классе в _____

(указать наименование организации)

моему ребенку _____

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

зарегистрированному по адресу: _____

(указать адрес регистрации)

проживающему по адресу: _____

(адрес фактического проживания)

которому по состоянию на 1 сентября 20__года не исполнится 6 лет 6 месяцев. С условиями и режимом организации образовательного процесса общеобразовательной организации МКОУ ООШ № 7 ознакомлен (а) и согласен (на).

К заявлению прилагаются (указать прилагаемые документы):

- копия свидетельства о рождении ребенка;
- копия документа, подтверждающего отсутствие медицинских противопоказаний по состоянию здоровья ребенка;
- другие документы (по усмотрению родителей (законных представителей)).

Даю согласие на обработку моих персональных данных и данных моего ребенка в соответствии с действующим порядком в Российской Федерации.

«__»____202__

Подпись _____ / _____