|  |
| --- |
| Директору МБОУ ООШ Галичного с пКомсомольского муниципального районаТ. А. Белолипцевой  |
| Родителя |
| Место регистрации: |
| телефон |
| Паспорт --------------------------------------------- -------------------------------------------------------- |

 **Заявление**

Прошу принять моего ребенка ( сына, дочь) ----------------------------------------------

 -----------------------------------------------------------------------------------------------

 ( Дата рождения, место проживания, место рождения ребенка)

 ---------------------------------------- в --------------- класс Вашей школы

С Уставом, свидетельством о государственной аккредитации, лицензией, другими документами, регламентирующими деятельность общеобразовательного учреждения

МБОУ ООШ Галичного с п ознакомлен (а)

**Сведения о родителях:**

**Мать: -----------------------------------------------------------------------------**

 ФИО

 ----------------------------------------- --------------------------------------------------------------------------

Место работы, должность, телефон, место жительства)

**Отец ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

 ФИО

 -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

( Место работы, должность, телефон, место жительства)

Предоставляю следующие документы:

1. Копию свидетельства о рождении ребенка
2. Медицинскую карту или справку о состоянии здоровья ребенка
3. Копию паспорта одного из родителей ( лица, его заменяющего )
4. Справку о регистрации по месту жительства.

Даю согласие на обработку моих персональных данных и данных моего ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-- в соответствии с ФЗ 3 152

« О персональных данных»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

Подпись дата

|  |
| --- |
| Директору МБОУ ООШ Галичного с пКомсомольского муниципального районаТ. А. Белолипцевой  |
| Родителя |
| Место регистрации: |
| телефон |
| Паспорт --------------------------------------------- -------------------------------------------------------- |

 **Заявление**

Прошу отчислить моего ребенка ( сына, дочь) ----------------------------------------------

 -----------------------------------------------------------------------------------------------

 ( Дата рождения,

 обучающегося в --------------- класс е Вашей школы

в связи с переводом в другое образовательное учреждение , расположенное в

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Подпись дата