Директору КГОБУ Артёмовской КШИ

 В.Н. Авдееву

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 конт. телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

####  ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу зачислить моего ребенка |  |
|  |
|  |
| (фамилия, имя, отчество, дата и место рождения ребенка)( адрес места жительства ребенка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество родителей (законных представителей)(контактные телефоны родителей (законных представителей)(выбор языка образования (изучаемых родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка, как родного языка, государственных языков республик Российской Федерации) |
| в образовательное учреждение | КГОБУ Артёмовская КШИ |
|  (наименование образовательного учреждения) |
| в |  | класс |  |
| с |  по программе АООП пр. 1599 (ИН) вариант |
|  (дата) |
| С уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, адаптированной основной образовательной программой (АООП) приказ. 1599 (ИН) ознакомлен (а) |
|  (подпись) |

К заявлению прилагаю:

Медицинская карта;

Копия свидетельства о рождении;

Заключение ПМПК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка подписи |

Даю согласие на обработку персональных данных моих и моего ребёнка и обследование сына (дочери) специалистами ПМПк, врачом-психиатром, согласие проведение ежегодной вакцинопрофилактики и туберкулинодиагностики, согласие на проведение диспансеризации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка подписи |