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 |