

Рег. № _____ дата _____

Директору КГБОУ «Барнаульская
общеобразовательная школа-интернат № 5»

Л.П. Конюшенко

Зачислить в _____ класс

с «__» _____ 20__ г.

Директор КГБОУ «Барнаульская
общеобразовательная школа –
интернат № 5»

от _____

(Ф.И.О. (последнее – при наличии) заявителя)

_____/ Л.П. Конюшенко

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить в _____ класс КГБОУ «Барнаульская общеобразовательная школа – интернат № 5» моего ребенка (меня)

(Ф.И.О. ребенка (последнее - при наличии))

на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (вариант _____)

Дата рождения ребенка (поступающего) _____

Место рождения ребенка (поступающего) _____

Адрес места жительства и (или) адрес место пребывания ребенка (поступающего):

место проживания ребенка

место регистрации ребенка

(фактическое):

(если не совпадает с адресом проживания):

Город _____

Город _____

Улица _____

Улица _____

Дом _____ корп. _____ кв. _____

Дом _____ корп. _____ кв. _____

Мать: Ф.И.О. _____

Контактный телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

Отец: Ф.И.О. _____

Контактный телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

Иной законный представитель ребенка: Ф.И.О. _____

Контактный телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

Адрес места жительства и (или) адрес место пребывания его родителей (законных представителей):

место проживания

место регистрации

(фактическое):

(если не совпадает с адресом проживания):

Город _____

Город _____

Улица _____

Улица _____

Дом _____ корп. _____ кв. _____

Дом _____ корп. _____ кв. _____

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема: _____

Потребность ребенка или поступающего в обучении по адаптированной основной общеобразовательной программе образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (вариант _____) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (№ _____ от _____) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации: _____

Согласие родителя (законного представителя) на обучение ребенка по адаптированной основной общеобразовательной программе образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (вариант _____): _____

подпись

Согласие поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет, на обучение адаптированной основной общеобразовательной программе образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (вариант _____): _____

подпись

Язык образования: _____

Со сведениями о дате и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, уставом образовательной организации, адаптированными образовательными программами, ознакомлен(а) _____

подпись

Дата подачи заявления: _____

подпись

ФИО