Начальнику Управления образования

Урванского муниципального района КБР

А.А. Альборову

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*ФИО родителя (законного представителя)*

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

*паспорт (серия, №, когда и кем выдан)*, *контактный телефон*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разрешить обучение в 1 классе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*общеобразовательное учреждение*

моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*ФИО ребенка, дата рождения*

*,*

*место регистрации ребенка*

которому на 01.09.20\_\_\_\_\_ исполнится\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет.

Основание: медицинское заключение о готовности ребенка к школе.

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, уставом ОУ ознакомлен(а).

Согласен(а) на обработку своих персональных данных и персональных данных своего ребёнка.

Дата Подпись