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