

Директору государственного бюджетного
общеобразовательного учреждения
школы № 755 «Региональный Центр аутизма»
Василеостровского района Санкт-Петербурга

(Ф. И. О. руководителя)

ОТ _____

(фамилия, имя, отчество (последнее-при наличии) родителя (законного
представителя) ребенка)

Адрес регистрации _____

(регион, город, район города, область, населенный пункт, улица,
дом, корпус, литера, квартира, индекс)

(документе, удостоверяющем личность заявителя)
(серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

(документе, подтверждающем статус законного представителя ребёнка:
(серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

Контактные телефоны _____

E mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребёнка (сына, дочь) _____

(фамилия, имя, отчество (последнее-при наличии) ребенка или поступающего)),

(свидетельство о рождении ребёнка (серия, №, дата выдачи, кем выдан, номер актовой записи) или паспорт (серия, №, дата выдачи, кем выдан))

(дата рождения и место проживания ребёнка или поступающего)

(место проживания ребёнка)

В _____ класс _____ с « » _____ 20 ____ .

(наименование ОУ)

Сведения о внеочередном, первоочередном и (или) преимущественном праве зачисления на обучение в
государственные образовательные организации

(в случае наличия указывается категория)

Сведения о потребности обучения по адаптированной образовательной программе и в создании специальных
условий

Язык образования _____

С, лицензией на осуществление образовательной деятельности, уставом ОУ ознакомлен (а).

Дата _____ Подпись _____

Согласен(а) на обработку персональных данных и персональных данных ребенка в порядке, установленном
законодательством Российской Федерации.

Дата _____ Подпись _____