

Рег. № _____

Директору Государственного бюджетного
общеобразовательного учреждения средней
общеобразовательной школы № 619
Калининского района Санкт-Петербурга

Байковой Ирине Григорьевне

(Ф.И.О. директора)

от _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) заявителя)

Адрес регистрации: _____

Документ, удостоверяющий личность заявителя
(№, серия, дата выдачи, кем выдан) _____

Документ, подтверждающий статус законного представителя
ребенка (№, серия, дата выдачи, кем выдан) _____

Контактные телефоны _____

E-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка (сына, дочь) _____

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

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

Дата рождения ребенка и место проживания ребенка или поступающего _____

в _____ класс 20____ - 20____ учебного года Школы №619

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, свидетельством о государственной
аккредитации, уставом Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения средней
общеобразовательной школы № 619 Калининского района Санкт-Петербурга, правилами внутреннего
распорядка обучающихся, образовательными программами ознакомлен(а).

Дата: _____

Подпись _____

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

Дата: _____

Подпись _____