|  |  |
| --- | --- |
| Зачислить в 10 класс Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_  В приказ  № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | Директору  МБОУ СОШ № 25 имени трижды Героя Советского Союза А.И. Покрышкина станицы Должанской  МО Ейский район  О.Н. Барабаш  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  проживающего (ей) по адресу:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Заявление**

Прошу принять моего (мою) сына (дочь)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (Ф.И.О. ребенка)  
в профильный \_\_\_\_\_\_\_\_класс.

|  |  |
| --- | --- |
| Дата рождения ребенка |  |
| Адрес места жительства  ребенка |  |
|  |
|  |

Сведения о родителях (законных представителях)

|  |  |
| --- | --- |
| Законный представитель (ФИО) |  |
| тел.: |  |
| Адрес электронной почты (при наличии): |  |
| Адрес места жительства родителей (законных представителей) |  |
| Законный представитель (ФИО) |  |
| тел.: |  |
| Адрес электронной почты (при наличии): |  |
| Адрес места жительства родителей  (законных представителей): |  |

Ознакомлен(а) с Уставом школы, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации школы, с общеобразовательными программами и документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся.

Ознакомлен(а) и даю согласие на индивидуальный отбор в профильный 10 класс.

Подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в порядке, установленном федеральным законодательством, на осуществление обучения моего ребенка на русском языке, разрешаю публикацию аудио, фото, видео материалов на официальном сайте школы.

С выбранным образовательным учреждением согласен

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

*(подпись обучающегося)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *(дата) подпись законного представителя)* *(расшифровка)*