

Директору МБОУ «Гимназия № 5»
Бутрину В.О.

от _____

(фамилия, имя, отчество заявителя)

Адрес регистрации:

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу допустить до диагностики _____ класс с углубленным изучением иностранных языков на 2025/26 учебный год,
моего ребенка (сына/дочь)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата рождения ребенка _____

В 2024/25 учебном году мой ребенок (сын/дочь) обучается в школе № _____

Место проживания ребенка (фактическое):

Город _____

Улица _____

Дом _____ корп. _____ кв. _____

**Место регистрации ребенка (если не совпадает
с адресом проживания)**

Город _____

Улица _____

Дом _____ корп. _____ кв. _____

Сведения о родителях (законных представителях):

Мать (законный представитель): Ф.И.О (при наличии).

Телефон (мобильный) _____

Адрес электронной почты: _____

Отец (законный представитель): Ф.И.О (при наличии).

Телефон (мобильный) _____

Адрес электронной почты: _____

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации образовательной организации, уставом образовательной организации, образовательной программой и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности учащихся, ознакомлен(на).

« _____ » _____ 20 ____ года

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 ____ года

(подпись)