

Директору КОГОБУ СШ пгт Лёвинцы  
А.А.Тупицыной

от \_\_\_\_\_  
(ФИО)  
\_\_\_\_\_  
(домашний адрес)  
\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

### Заявление

Прошу зачислить в \_\_\_\_\_ класс моего ребёнка.

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения ребёнка \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

Адрес и дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

С лицензией на осуществление общеобразовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации учреждения, с Уставом учреждения, с основными образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности учреждения, с правами и обязанностями учащихся ознакомлен(а)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
число                      месяц                      год                      подпись

### АНКЕТА для родителей (законных представителей)

Мать \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_  
(полностью)

Телефон \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_  
(полностью)

Телефон \_\_\_\_\_  
/ домашний, сотовый/