Директору МКОУ Бучальской СОШ имени Героя
Советского Союза Ивана Павловича Потехина
Буряку Игорю Николаевичу

Родителя (законного представителя):
Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____
(при наличии)

Место регистрации:

Город/село _____

улица _____

дом _____ кв. _____

телефон _____
(при наличии)

Адрес электронной почты _____

(при наличии)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка _____
(Ф.И.О.(последнее при наличии) полностью,

число, месяц ,год рождения)

зарегистрированного по адресу: _____

проживающего по адресу: _____

в _____ класс МКОУ Бучальской СОШ имени Героя Советского Союза Ивана Павловича Потехина
20 _____ / _____ учебного года.

Даю согласие на прохождение моим ребенком тестирования на знание русского языка, достаточного для освоения образовательной программы _____ общего образования.

К заявлению прилагаются документы в соответствии с перечнем, указанным в пункте 26.1 Порядка, утвержденного приказом Минпросвещения России от 02.09.2020 № 458.

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся МКОУ Бучальской СОШ имени Героя Советского Союза Ивана Павловича Потехина ознакомлен(а).

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка)