

Регистрационный номер  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Директору  
государственного казенного  
общеобразовательного  
учреждения «Волгоградская школа  
дифференцированного обучения»  
Н.В. Соловьевой  
от \_\_\_\_\_

(ф.и.о. родителя, законного представителя полностью)  
Адрес регистрации и фактического проживания:

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка (Ф.И.О. полностью)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения в \_\_\_\_\_ класс.

Прошу организовать обучение моего ребенка, тем самым выражаю согласие на обучение

- адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования для слепых обучающихся (вариант 3.2);
- адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования для слабовидящих обучающихся (вариант 4.2);
- адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи (вариант 5.2);
- адаптированной основной общеобразовательной программы основного общего образования для слепых обучающихся (вариант 3.2);
- адаптированной основной общеобразовательной программы основного общего образования для слабовидящих обучающихся (вариант 4.2);
- адаптированной основной общеобразовательной программы основного общего образования для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи (вариант 5.2);

Адрес места жительства (пребывания) ребенка:

\_\_\_\_\_

Адрес места жительства(пребывания) родителей/законных представителей,  
контактный телефон, электронная почта :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Язык образования: русский

Родной язык: \_\_\_\_\_

Государственный язык: русский

С Уставом школы, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами, правилами внутреннего распорядка учащихся ознакомлен \_\_\_\_\_

(подпись)

Даю согласие на обработку своих персональных данных и данных моего ребенка в порядке, установленном федеральным законодательством Российской Федерации \_\_\_\_\_

(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись с расшифровкой)

Регистрационный номер  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Директору  
государственного казенного  
общеобразовательного  
учреждения «Волгоградская школа  
дифференцированного обучения»  
Н.В. Соловьевой

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ф.и.о. родителя, законного представителя полностью)

Адрес регистрации и фактического проживания:

\_\_\_\_\_ Контактный телефон: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка (Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения в \_\_\_\_\_ класс.

Прошу организовать обучение моего ребенка, тем самым выражаю согласие на обучение по

- адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), вариант 1;
- адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), вариант 2.

Адрес места жительства (пребывания) ребенка:

\_\_\_\_\_

Адрес места жительства(пребывания) родителей/законных представителей,  
контактный телефон, электронная почта :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Язык образования: русский  
Государственный язык: русский

Родной язык:  
\_\_\_\_\_

С Уставом школы, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами, правилами внутреннего распорядка учащихся ознакомлен \_\_\_\_\_

(подпись)

Даю согласие на обработку своих персональных данных и данных моего ребенка в порядке, установленном федеральным законодательством Российской Федерации \_\_\_\_\_

(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись с расшифровкой)