



Директору МБОУ  
«Шахтёрская ОШ № 11»  
Одровой Т.В.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О родителя)

\_\_\_\_\_ проживающей(-его) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### заявление

Прошу зачислить моего (-ю) сына (дочь) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О ребёнка полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения  
(дата рождения полностью)

\_\_\_\_\_ (место рождения)

Дата \_\_\_\_\_ год

Подпись \_\_\_\_\_

В соответствии с Законодательством ДНР даю согласие на обработку персональных данных моего ребёнка с первичных источников (в т.ч. свидетельство о рождении и идентификационного кода) с целью зачисления ребёнка в \_\_\_\_\_ класс.

Обязуюсь предоставить медицинскую справку на ребёнка (по форме, утверждённой Министерством здравоохранения ДНР)

С лицензией об образовании и Уставом школы ознакомлен ( на )

Дата \_\_\_\_\_ год

Подпись \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_