

**Комитет по образованию городского округа
«Город Калининград»
муниципальное автономное общеобразовательное учреждение
города Калининграда средняя общеобразовательная школа № 5
236004 г.Калининград, ул.З.Космодемьянской, 26
Телефон/факс 73-35-57 E- mail:maouschool05@edu.klgd.ru**

Зачислить в _____ класс
_____ Коровин А.В.
« ____ » _____ 2022г.

Директору МАОУ СОШ № 5
А.В. Коровину

(ф.и.о. заявителя)

Место проживания: _____

Телефон: _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу принять _____
(Ф. И. О.)

Дата рождения: _____ место рождения: _____

Место проживания : _____

в _____ класс МАОУ СОШ № 5 г. Калининграда по очной форме обучения.

Сведения о родителях (законных представителях) ребенка:

Мать: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), адрес проживания, телефон)

Отец: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), адрес проживания, телефон)

С Уставом МАОУ СОШ № 5, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен (а):

На основании статьи 14 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» прошу организовать для моего ребенка изучение родного русского языка и литературного чтения на родном _____.

язык обучения

Результат (предварительный) о зачислении в учреждение прошу (нужное отметить):

- отправить по почте по адресу _____

- выдать при личном обращении;

- направить по электронной почте _____

К заявлению прилагаются:

1. Личное дело
2. Копия свидетельства о рождении
3. Согласие на обработку данных
4. Документ регистрации ребенка по месту проживания (пребывания)
5. Медицинская карта

« _____ » _____ 2022г.

(подпись)