

Директору государственного бюджетного
общеобразовательного учреждения средней
общеобразовательной школы №340 Невского района
Санкт-Петербурга **Дашковой Елене Константиновне**
от

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) заявителя)
Адрес регистрации _____

(документ, удостоверяющий личность заявителя
(№, серия, дата выдачи, кем выдан))

(документ, подтверждающий статус законного представителя ребенка
(№, серия, дата выдачи, кем выдан))

Контактные телефоны: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка (сына, дочь) – _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) ребенка)

(свидетельство о рождении ребенка (№, серия, дата выдачи, кем выдан, номер актовой записи)
или паспорт (№, серия, дата выдачи, кем выдан))

(дата и место рождения,

место проживания)

в _____ класс _____ учебного года государственного бюджетного
общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы №340 Невского
района Санкт-Петербурга и организовать обучение на _____ языке.

Сведения о преимущественном праве зачисления на обучение в государственные
образовательные организации _____

(в случае наличия указывается категория)

С Лицензией на осуществление образовательной деятельности, Свидетельством о
государственной аккредитации образовательной организации, Уставом государственного
бюджетного общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 340
Невского района Санкт-Петербурга ознакомлен(а).

Дата: _____

Подпись _____

Согласен на обработку персональных данных и персональных данных ребенка в
порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Дата: _____

Подпись _____