



МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 42» ГОРОДА КИРОВА

Адрес: 610050, г.Киров, Октябрьский район, улица Кольцова, д. 9

тел.29-82-32, т/ф 29-81-06

Электронный адрес: [school-k42@mail.ru](mailto:school-k42@mail.ru)

Директору МБОУ СОШ № 42 города Кирова  
Л.А. Кудрявцевой

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)  
проживающ \_\_\_\_\_ по адресу (фактическое  
проживание): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
адрес регистрации: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Заявление

1. Прошу зачислить моего ребенка \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

в \_\_\_\_\_ класс

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_,

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

Из какого дошкольного образовательного учреждения прибыл ребенок \_\_\_\_\_

Дата рождения: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Место рождения: \_\_\_\_\_

Братья/сестры обучающиеся в МБОУ СОШ №42 г.Кирова \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., класс)

2. С лицензией на осуществление образовательной деятельности (№1080 от 28.12.2016 г.), свидетельством о государственной аккредитации (№587 от 12.01.2017 г.), Уставом школы, с образовательными программами и документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен(а). На обучение ребенка на русском языке согласен(а) \_\_\_\_\_

(подпись)

3. Даю согласие на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (**требуется / не требуется**). Нужно подчеркнуть.

4. Даю согласие на проведение психолого-педагогического обследования следующими специалистами: психологом, логопедом, дефектологом \_\_\_\_\_

(подпись)

5. Дополнительные сведения:

Мать \_\_\_\_\_  
Ф.И.О., место работы, должность, телефон

Отец \_\_\_\_\_  
Ф.И.О., место работы, должность, телефон

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)